



**BENEMÉRITA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Supervisión en Psicoterapia: Experiencia en el
Centro Clínico de Psicología de la BUAP.**

TESIS

Para obtener el grado de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

JOSUÉ PEDRO BAÑUELOS CAMAÑO

Directoras:

Dra. ISABEL DEL ROSARIO STANGE ESPÍNOLA

Dra. ADRIANA BÁEZ CHACÓN

PUEBLA, PUE.

NOVIEMBRE, 2019

Dedicatorias

A mis padres que con su dedicación y esmero me enseñaron el dirigirme con rectitud y la constancia, útiles para crecer en la vida.

A mis amigos que con su alegría y camaradería son pilares de mi crecimiento profesional y humano.

A mis profesores y mentores de vida, por sus enseñanzas vivas y congruentes, han marcado mi vida cambiando muchas veces, mi perspectiva sobre la misma.

A mi familia que forjaron lo que soy ahora, guiándome en una senda del conocimiento constante.

A todos ustedes

Agradecimientos

A la Maestra Isabel, por su amplio conocimiento no solo de la psicoterapia, sino de la vida y su apoyo incondicional.

Elena y Cynthia líderes ejemplares de las cuáles aprendí el valor del ser humano, más allá de lo laboral.

Stephanie, William, Demian y Vanesa amigos entrañables que me han demostrado el valor de la amistad en la distancia y el tiempo.

A los que ya no están sin embargo siguen vivos en sus enseñanzas y recuerdos que dejaron huella en mi ser.

Gracias, gracias, gracias.

Resumen

El objetivo de la presente investigación es identificar las principales características en la formación de psicoterapeutas. Señalar las estrategias de supervisión de los enfoques psicoanalítico, cognitivo conductual, humanista, sistémico y estratégico. Así como establecer el proceso de formación de terapeutas empleados en el Centro Clínico de Psicología de la BUAP.

Mediante una revisión histórico – documental, se hace un recorrido por los principales conceptos y teorías de las escuelas predominantes dentro de la psicología. Incluyendo sus conceptos y perspectivas en cuanto a la formación y supervisión de los alumnos, dentro de sus enfoques particulares.

De manera paralela se hace una revisión metodológica y estadística de los centros de formación y supervisión de universidades públicas en los estados de Estado de México, Ciudad de México, Veracruz, Tabasco y Yucatán para finalizar en Puebla, describiendo su estructura, funcionamiento, así como su estilo de formación y supervisión.

Finalizando con la historia y desarrollo del Centro Clínico de Psicología, su metodología de formación y supervisión, el funcionamiento general del centro, los resultados, así como los aportes hechos en el último año de funcionamiento, antes de su reestructuración actual.

Se enfatiza la importancia de estos de centros de formación y supervisión, que brindan además de un proceso de aprendizaje y formación para el alumno, un crecimiento constante de la ciencia psicológica en todas direcciones en que el profesional se desarrolla.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Dedicatoria | i |
| Agradecimientos | ii |
| Resumen..... | iii |
| Índice..... | iv |
| Lista de figuras | vii |
| Lista de tablas | viii |
| CAPITULO I INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2 Preguntas de investigación..... | 2 |
| 1.3 Objetivos generales | 3 |
| 1.3 Objetivos específicos | 3 |
| 1.4 Importancia del estudio..... | 3 |
| 1.5 Limitaciones del estudio | 4 |
| 1.6 Definición de términos | 6 |
| CAPITULO II MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1 Supervisión y formación en psicoterapia | 8 |
| 2.1.1 Enfoque psicoanalítico..... | 8 |
| 2.1.2 Enfoque conductual y cognitivo conductual | 14 |
| 2.1.3 Enfoque humanista..... | 21 |
| 2.1.4 Enfoque sistémico - estratégico | 26 |
| CAPITULO III METODOLOGÍA..... | 34 |
| 3.1 Tipo de estudio | 34 |
| 3.2 Conceptos | 34 |
| 3.2.1 Intervención en crisis | 34 |
| 3.2.2 Técnicas terapéuticas | 42 |
| 3.2.2.1 Encuadre positivo | 43 |
| 3.2.2.2 Reestructuración cognitiva..... | 43 |
| 3.2.2.3 Respiración diafragmática o respiración profunda..... | 43 |
| 3.2.2.4 Entrenamiento asertivo | 44 |
| 3.2.2.5 Diálogo socrático | 44 |
| 3.3 Instrumentos | 44 |
| 3.3.1 Genograma..... | 44 |
| 3.3.2 Test del árbol de Koch..... | 51 |
| 3.3.1 Entrevista..... | 52 |

| | |
|--|-----------|
| CAPITULO IV RESULTADOS | 57 |
| 4.1 Centros de supervisión y formación en México | 57 |
| 4.1.1 Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (UAEM)..... | 57 |
| 4.1.1.1 Resultados en números | 59 |
| 4.1.2 Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (UNAM)..... | 60 |
| 4.1.2.1 Resultados en números | 62 |
| 4.1.3 Centro de Intervención y Servicios Psicológicos (UAZ) | 67 |
| 4.1.3.1 Resultados en números | 68 |
| 4.1.4 Centro de Psicología Aplicada (UJAT) | 71 |
| 4.1.4.1 Resultado en números..... | 72 |
| 4.1.5 Servicio Externo de Apoyo Psicológico (UADY) | 75 |
| 4.1.5.1 Resultado en números..... | 76 |
| 4.2 Centro Clínico de Psicología (BUAP) | 79 |
| 4.2.1 Antecedente histórico | 79 |
| 4.2.2 CECLIPSI 2003 – 2013 | 80 |
| 4.2.2.1 Objetivos general del CECLIPSI | 81 |
| 4.2.2.2 Objetivos específicos del CECLIPSI | 81 |
| 4.2.2.3 Objetivos particulares del CELIPSI | 81 |
| 4.3 Promoción del aprendizaje de la psicología de manera integral..... | 82 |
| 4.4 Formación teórica y práctica de la psicoterapia..... | 82 |
| 4.5 Servicios de atención psicoterapéutica a la comunidad | 83 |
| 4.5.1 Funcionamiento del CECLIPSI | 83 |
| 4.6 Formación y supervisión en psicoterapia..... | 84 |
| 4.6.1 Equipo reflexivo | 84 |
| 4.6.2 Videograbaciones | 85 |
| 4.6.3 Supervisión individual | 85 |
| 4.6.4 Supervisión grupal | 86 |
| 4.7 Investigación..... | 86 |
| 4.7.1 Suicidio | 86 |
| 4.7.2 Relación de pareja..... | 87 |
| 4.7.3 Psicoterapia..... | 87 |
| 4.7.4 Situaciones de riesgo en la adolescencia | 87 |
| 4.7.5 Desgaste laboral..... | 87 |
| 4.7.6 Acoso escolar | 87 |
| 4.8 Extensión y difusión..... | 88 |
| 4.9 Vinculación y docencia | 88 |
| 4.10 Información en cifras | 88 |
| 4.11 Aportaciones del Centro Clínico de Psicología..... | 95 |
| 4.11.1 Investigación..... | 95 |

| | |
|---|------------|
| 4.11.2 Extensión y difusión | 95 |
| 4.11.3 Formación y supervisión en psicoterapia..... | 95 |
| 4.11.4 Otras aportaciones | 96 |
| CAPITULO V DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | 97 |
| 5.1 Discusión | 97 |
| 5.1.1 Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (UAEM)..... | 97 |
| 5.1.2 Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (UNAM)..... | 99 |
| 5.1.3 Centro de Intervención y Servicios Psicológicos (UAZ)..... | 100 |
| 5.1.4 Centro de Psicología Aplicada (UJAT) | 101 |
| 5.1.4 Servicio Externo de Apoyo Psicológico (UADY) | 102 |
| 5.2 Aportes y disidencias del trabajo realizado en el CECLIPSI y diversos enfoques en psicoterapia | 103 |
| 5.3 Conclusiones | 106 |
| 5.4 Sugerencia | 108 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 110 |
| APÉNDICES | 130 |
| Apéndice A Tarjeta de información..... | 130 |
| Apéndice B Lista de espera usuarios externos a la BUAP | 130 |
| Apéndice C Lista de espera usuarios de la BUAP | 131 |
| Apéndice D Condonación de pago – estudio socioeconómico..... | 131 |
| Apéndice E Entrevista inicial | 133 |
| Apéndice F Contrato terapéutico | 134 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 3.1 Género..... | 46 |
| Figura 3.2 Paciente identificado..... | 46 |
| Figura 3.3 Defunciones..... | 47 |
| Figura 3.4 Descendencia no nata..... | 47 |
| Figura 3.5 Matrimonio..... | 47 |
| Figura 3.5.1 Unión libre..... | 47 |
| Figura 3.6 Separación..... | 47 |
| Figura 3.6.1 Divorcio..... | 47 |
| Figura 3.7 Hijos..... | 48 |
| Figura 3.7.1 Hijos adoptivos..... | 48 |
| Figura 3.7.2 Hijos Gemelos..... | 48 |
| Figura 3.8 Familia extensa y nuclear..... | 48 |
| Figura 3.9 Tipos de relación..... | 49 |
| Figura 3.9.1 Tipos de relación familiar..... | 49 |
| Figura 4.1 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2000..... | 62 |
| Figura 4.2 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2001..... | 63 |
| Figura 4.3 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2002..... | 63 |
| Figura 4.4 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2003..... | 64 |
| Figura 4.5 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2004..... | 64 |
| Figura 4.6 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2014..... | 65 |
| Figura 4.7 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2015..... | 65 |
| Figura 4.8 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2016..... | 66 |
| Figura 4.9 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2017..... | 66 |
| Figura 4.10 Resultados Centro de Servicios Psicológicos Año 2018..... | 67 |
| Figura 4.11 Resultados CISP Año 2014..... | 68 |
| Figura 4.12 Resultados CISP Año 2015..... | 69 |
| Figura 4.13 Resultados CISP Año 2016..... | 69 |
| Figura 4.14 Resultados CISP Año 2017..... | 70 |
| Figura 4.15 Resultados CISP Año 2018..... | 70 |
| Figura 4.16 Resultados CPA Año 2014..... | 73 |
| Figura 4.17 Resultados CPA Año 2015..... | 73 |
| Figura 4.18 Resultados CPA Año 2016..... | 74 |
| Figura 4.19 Resultados CPA Año 2017..... | 74 |
| Figura 4.20 Resultados CPA Año 2018..... | 75 |
| Figura 4.21 Resultados SEAP Año 2013..... | 77 |
| Figura 4.22 Resultados SEAP Año 2014..... | 77 |
| Figura 4.23 Resultados SEAP Año 2015..... | 78 |
| Figura 4.24 Resultados SEAP Año 2016..... | 78 |
| Figura 4.25 Resultados SEAP Año 2017..... | 79 |
| Figura 4.26 Organigrama CECLIPSI..... | 82 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 4.1 Resultados CESPI 2007 – 2010 | 59 |
| Tabla 4.2 Conferencias y talleres CESPI 2009 – 2010..... | 59 |
| Tabla 4.3 Resultados CESPI 2015 – 2018 | 60 |
| Tabla 4.4 Conferencias y talleres CESPI 2015 – 2018..... | 60 |
| Tabla 4.5 Tipo de caso atendido | 89 |
| Tabla 4.6 Sexo | 89 |
| Tabla 4.7 Problema presentado | 90 |
| Tabla 4.8 Edad del usuario..... | 91 |
| Tabla 4.9 Escolaridad del usuario | 91 |
| Tabla 4.10 Solicitud del servicio | 92 |
| Tabla 4.11 Ocupación del usuario | 92 |
| Tabla 4.12 Quien remitió al usuario..... | 93 |
| Tabla 4.13 Estudiantes en supervisión 2005 – 2012 | 94 |
| Tabla 4.14 Pacientes atendidos 2005 – 2012..... | 94 |

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

El devenir de la Psicología como ciencia y su aplicación práctica en la psicoterapia, ha hecho surgir desde hace ya varios años, la necesidad de optimizar aquellas teorías, traducidas en estrategias, tácticas y técnicas aplicadas en la práctica clínica que faciliten a los estudiantes de psicoterapia desplegar toda su capacidad de intervención en las diferentes problemáticas humanas, trasladado a un mayor fortalecimiento tanto de habilidades demostradas ante la evaluación como en su intervención, ante aquellas dificultades con un nivel de aflicción y perturbación importante en la vida de las personas.

El incrementar la calidad del trabajo psicoterapéutico ha desembocado en el surgimiento de centros de formación en psicoterapia con diversas orientaciones. Variando las estrategias, tácticas y técnicas resultantes de los distintos enfoques, que han señalado la necesidad de promover el desarrollo de habilidades y capacidades para el terapeuta en pos de desenvolver de manera adecuada su trabajo. Esto último indispensable en cuanto a la atención eficiente de cualquier persona, grupo o comunidad con algún estado de vulnerabilidad.

En este trabajo se describe el método empleado por diversos enfoques de la Psicología en la formación de psicoterapeutas, y se presenta la forma de trabajo y de formación de terapeutas empleada en el Centro Clínico de Psicología (CECLIPSI) de la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP).

En la revisión documental relacionada con la formación en psicoterapia, se enfatizará el papel de la supervisión, del estudiante en formación al adquirir las destrezas imprescindibles para su quehacer profesional en cualquier campo en que se desenvuelva. Así como la descripción del trabajo realizado por sus supervisores, el equipo terapéutico y el terapeuta en formación, las problemáticas que son adherentes a estos actores y sus posibles soluciones.

Del mismo modo, el análisis de estas prácticas de formación y supervisión donde todas las personas implicadas se relacionan más allá del plano laboral o académico, dando paso a una construcción constante del conocimiento, que propicie el intercambio de perspectivas e inventivas sustentadas en conocimiento, lo que logra una amplia gama de intervenciones que preparan al profesional en su campo de acción.

1.2 Preguntas de investigación

Las preguntas que guían esta investigación son:

¿Cuáles son los aspectos formativos en la supervisión de terapeutas planteados por el enfoque psicoanalítico, cognitivo conductual, humanista, sistémico y estratégico?

¿Cuáles son los principales aspectos formativos en la supervisión de terapeutas que se emplean en el Centro Clínico de Psicología de la BUAP?

1.3 Objetivos generales

- Identificar las principales características en la formación de psicoterapeutas.
- Señalar las estrategias de supervisión de los enfoques psicoanalítico, cognitivo conductual, humanista, sistémico y estratégico.

- Establecer el proceso de formación de terapeutas empleados en el Centro Clínico de Psicología de la BUAP.

1.3.1 Objetivos específicos

- Establecer similitudes y diferencias en la formación de terapeutas, empleadas en enfoques psicoanalítico, cognitivo conductual, humanista, sistémico y estratégico.
- Identificar características de formación en psicoterapia en el Centro Clínico de Psicología de la BUAP.
- Señalar los instrumentos de evaluación empleados en el Centro Clínico de Psicología de la BUAP.
- Señalar las actividades realizadas en el Centro Clínico de Psicología que complementan la formación de terapeutas.

1.4 Importancia del Estudio

La formación del profesional en psicoterapia como en cualquier otro campo de la psicología, necesita de un entrenamiento atento y cuidadoso, dado que los terapeutas en formación en conjunto con el supervisor de cada centro de formación, son los responsables de brindar una atención de calidad a todas aquellas personas, familias o comunidades que solicitan el servicio.

Se requiere de una preparación que integre tanto la fundamentación teórica, técnica, como práctica, para afrontar cualquier situación surgida en su formación profesional, por lo que es menester dotar de herramientas útiles, desde directores de centros, supervisores, integrantes del equipo reflexivo y terapeutas en formación, generando con esto tanto investigaciones de valor científico, como intervenciones

psicoterapéuticas de alta calidad, que permitan innovar en estos centros de formación, lo cual se verá reflejado tanto en la calidad del servicio prestado, como en los resultados favorables de cada una de las intervenciones terapéuticas realizadas.

Los centros de formación psicoterapéutica permiten desarrollar habilidades, afinar y proponer técnicas, así como la posibilidad de experimentar en primera persona, las perspectivas propias de una persona que acude a terapia, las inquietudes y dudas que todo terapeuta hace frente al atender cada caso y, la perspectiva que da el observar desde afuera la relación terapéutica, su manejo y seguimiento de cada caso en particular.

A su vez los estudios realizados en estos centros de formación permiten conocer la amplia gama tanto de intervenciones psicoterapéuticas, como de metodologías generadas, del mismo modo la dirección y estilos de supervisión hechos en cada caso en particular, con su debida discusión grupal.

Resulta necesario impulsar y difundir las investigaciones realizadas en estos centros de formación, dado que constituyen parte importante para la actualización de la psicología, en particular de la psicoterapia, desarrollando y enriqueciendo a cada uno de estos centros de formación y supervisión.

1.5 Limitaciones del Estudio

A continuación se presentan las limitaciones de este estudio. En ciencias sociales una de las principales limitaciones es la dificultad de realizar estudios que puedan ser generalizados y de amplia validez. Este estudio se presenta como descriptivo, se identifican los aspectos principales en la formación de terapeutas considerando diversos enfoques, sin embargo, estos aspectos pueden ser aplicados de manera distinta

dependiendo de las características de cada centro. Al presentar con detalle los aspectos de formación de psicoterapeutas solamente en el Centro Clínico de Psicología (CECLIPSI) no es posible comparar la forma de evaluación o eficacia de diversos centros.

Se trabaja con aspectos metodológicos y teóricos de cada escuela psicoterapéutica, se revisa el proceso terapéutico propuesto, así como su estilo de supervisión. Se precisa la relación entre terapeuta – paciente, supervisor-supervisado, y su influencia en el desarrollo del estilo terapéutico personal.

No se consideran, en este estudio, los datos estadísticos que miden el impacto de cada enfoque psicoterapéutico en la formación de profesionales, así como tampoco se evalúa la efectividad en el servicio prestado, o el número de usuarios atendidos, con excepción a los concernientes al Centro Clínico de Psicología de la BUAP.

Cabe destacar que tampoco se construirá ni se aplicará ningún instrumento o test que arroje algún resultado ya sea probabilístico o cualitativo, dado el tipo de estudio que se maneja solo se detallan los constructos hechos alrededor de estos centros en que se forman psicoterapeutas, cuidando en todo momento aspectos éticos relativos a la formación y supervisión en psicoterapia.

Así también, no se mide la influencia de aquellos factores inmiscuidos en el proceso de supervisión, como las instituciones dentro de los cuáles estos centros funcionan, el equipo reflexivo que en algunas escuelas son imprescindibles, así como la efectividad de la supervisión sobre el terapeuta en formación.

Por estar fuera de los objetivos de este trabajo no se presentan las características, cualidades o habilidades que requiere tener un terapeuta, o que aspectos personales requiere desarrollar cada estudiante.

1.6 Definición de Términos

A continuación, se presenta la definición de los términos que se utilizarán en este trabajo.

Supervisión: se define como un escenario clínico-formativo, así como un proceso generativo y transformador, en el cual las personas desarrollan sus competencias. Considerando sus intereses, necesidades, así como aspiraciones de los participantes, en un espacio en que supervisado y supervisor, profundizan en gran medida su trabajo de reflexión, el impacto y efectos que ejercen los psicoterapeutas, apuntando en todo momento en dirección a realizar intervenciones oportunas, según las características del proceso. Cuidando las implicaciones éticas y filosóficas de los mismos. (Hernández, 2007; Galán y De Ávila, 2018; Rosales, 1997; Daskal, 2008).

Psicoterapia: Es un tratamiento, de base relacional tanto profesional como humana en el que, una o varias personas aquejadas por problemas de naturaleza emocional, física e incluso de interacción, acuerda con una persona entrenada, en técnicas psicológicas, colaborar en conjunto con el objetivo de suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes; así mismo intervenir en las pautas distorsionadas de la conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad. (Wolberg, 1977 citado en Feixas y Miró, 1993; Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté y Villalba, 2004; Pérez, Parra y Espinosa, 2014; Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2014; Alvear, Jerez y Lucero, 2012).

Equipo terapéutico: Grupo de profesionales coordinados y emocionalmente relacionados para alcanzar un objetivo en común, donde cada uno desempeña algún rol a la vez que contribuyen con sus conocimientos técnicos o empíricos a la adquisición de nuevas

competencias, por medio del intercambio de diversos marcos de referencia desde el enfoque afín a sus intereses, promoviendo el respeto entre ideas, personalidades y aspiraciones, con el último fin de dirigir la formación del terapeuta donde encuentra apoyo y consejo, quien en conjunto con el supervisor administra las acciones para tal fin (Retaloza, 2017; Nieto, 2012; Palacios, 2013).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Supervisión y formación en psicoterapia

Desde las diferentes corrientes psicoterapéuticas han surgido propuestas y desarrollado estilos metodológicos singulares tanto en supervisión como en la formación específica de sus estudiantes y terapeutas en formación, necesarios para su quehacer profesional.

En esta investigación se revisan aspectos propios de cada corriente, así como sus coincidencias y convergencias con otras vertientes psicoterapéuticas, donde la figura del terapeuta se alza como profesional en el que es necesario desarrollar tanto competencias y destrezas genéricas, como habilidades técnicas concretas y fundamentos teóricos de cada enfoque que lo diferencia de las demás.

2.1.1 Enfoque psicoanalítico

Dentro del psicoanálisis, tras descubrir las limitaciones de la hipnosis como tratamiento para la histeria, se abandonó esta opción de tratamiento, al considerar que solo se presentaba una mejora limitada y de muy poca duración en aquellos sujetos sometidos a este tipo de tratamientos. (Ávila y Gutiérrez, 1995; Freud, 1901; Hernández, 1994; Leivi, 1995; Perrés, 2000; Siquier y Solimano, 2004).

Posteriormente, se planteó la necesidad de encontrar un método que abarcara dos campos. Por un lado, curar y resolver aquellos malestares de la persona, y por otro, el indagar de forma precisa los aspectos inconscientes de los pacientes y, proponer alternativas a aquellas primeras prácticas: la hipnosis y la sugestión.

(Armengol, 1995; Ávila y Gutiérrez, 1995; Freud, 1898; Hernández, 1994; Leivi, 1995; Siquier y Solimano, 2004; Tumas, 2001).

Sorteando la manera de acceder al inconsciente, se emplearon diferentes métodos, por ejemplo: la técnica de concentración, la técnica de la mano en la frente, entre otros. Se encontró en la asociación libre el vehículo de acceso al inconsciente. (Armengol, 1995; Ávila y Gutiérrez, 1995; Freud, 1901; Perrés, 2000; Yildis, 2010).

Los errores lingüísticos fueron experimentados (y se experimentan) por lo general como ocurrencias o pensamientos involuntarios, se consideraron como expresiones del inconsciente, además de señalar como necesario el superar las resistencias en forma de amnesias, lapsus, incongruencias en relación al tiempo, desfiguraciones, entre otros, que alteran el contenido de los recuerdos de las personas, impidiendo revivir en ellas la experiencia primaria. Dado que la meta principal era eliminar los síntomas patológicos desde un cambio ulterior en la personalidad del sujeto, se consideró que este objetivo se alcanzaba si se hacía retroceder al paciente hasta el estado psíquico en que el síntoma había aparecido por primera vez. (Armengol, 1995; Freud, 1901; Hernández, 1994; Madanes, 2007; Yildis, 2010).

Dado que el lenguaje es vital para el trabajo con el inconsciente se invitó a los pacientes a tenderse cómodamente de espaldas sobre un sofá, mientras el psicoanalista sustraído a su vista toma asiento en una silla detrás. (Armengol, 1995; Ávila y Gutiérrez, 1995; Freud, 1901; Hernández, 1994; Yildis, 2010). Al asumir esa postura, el paciente es convidado a hablar y a comunicar todo lo que cruce por su mente sin importar el contenido, puesto que, los pensamientos involuntarios son percibidos casi siempre como perturbadores y por eso alejados o apartados en circunstancias cotidianas al cruzarse

en la trama de una exposición deliberada. (Armengol, 1995; Freud, 1901; Hernández, 1994; Yildis 2010).

El psicoanálisis despliega un método de interpretación riguroso y preciso, no solo de aquellas asociaciones libres que ocurrían en sesión, sino también aquellos deslices, amnesias o lo entredicho: pues lo que verdaderamente cuenta, es lo no dicho, lo que queda más allá del sujeto, aun apelando a su buena voluntad puede decir, eso es el inconsciente. (Ávila y Gutiérrez, 1995; Hernández, 1994; Leivi, 1995; Saucedo, 2014; Gómez, 1992).

Las asociaciones libres, los sueños y los actos fallidos o lapsus, son el objetivo de una rigurosa interpretación que es fundamental dentro del psicoanálisis, mediante caminos y métodos interpretativos, ya que no se busca desaparecer los síntomas o malestares de los pacientes de manera imprevista, si no que al seguir las reglas e interpretaciones correctas, éstos desaparecerían de forma colateral al análisis al encontrar respuestas a los problemas y conflictos, a través del análisis y resignificación de sus recuerdos y vivencias, los síntomas perderían fuerza o desaparecerían (Fuentes, 2006; Madanes, 2007; Saucedo, 2014; Siquier y Solimano, 2004).

Otro de los recursos clave con que cuenta el psicoanálisis es la transferencia y la contratransferencia, donde el inconsciente tanto del paciente como del analista entran en juego. Ya que el paciente busca suplir alguna necesidad infantil suya, en forma de emoción o sentimiento hacia el terapeuta. (Armengol, 1995; Bernardi, 2010; Del Rio, 2011; Freud, 1901; Madanes, 2007; Saucedo, 2014; Wender, 2010; Whitaker, 1991, 1992; Whitaker y Bumberry, 1991; Yildis, 2010; Gómez, 1992).

Lo anterior impulsa al terapeuta a mantener la objetividad y neutralidad necesaria para navegar en el inconsciente, sin dejar de lado una actitud abierta y positiva hacia la

escucha y el uso de la transferencia, en beneficio del proceso terapéutico. Se cuida en cada paso el papel de la transferencia y la contratransferencia, lo cual se constituye como el pilar de la supervisión y formación terapéutica y en sí de toda la psicoterapia analítica (Armengol, 1995; Ávila y Gutiérrez, 1995; Del Rio, 2011; Hernández, 1994; Madanes, 2007; Saucedo, 2014; Wender, 2010; Whitaker, 1991, 1992; Whitaker y Bumberry, 1991; Yildis, 2010; Gómez, 1992).

Es un requisito indispensable para los estudiantes interesados en iniciar su profesión como analistas, seguir procedimientos rigurosos y estandarizados provenientes de metodologías estrictas, con los cuales el analista sigue su quehacer profesional, que en conjunto con la escucha activa, son las herramientas esenciales en el psicoanálisis, y donde el analista tiene más bien un rol pasivo, en el que se limita a interpretar y comentar sus observaciones al paciente, con una actitud de apertura y motivación que debe ser vista también en el paciente. (Armengol, 1995; Gómez, 1992; Ávila y Gutiérrez, 1995; Haley, 1991; Hernández, 1994; Meana, Méndez y Alarcón, 2012; Yildis, 2010; Daskal, 2008; Fernández, 2008).

Entre los requisitos que los estudiantes deben cubrir para poder ejercer su profesión como analistas, se encuentra el análisis didáctico, la formación teórica y la práctica supervisada (Andreucci, 2014; Narvaja, Di Stefano y Pereira, 2016; Del Río, 2011; Fuentes, 2006; Lander, 2013; Laverde, 2011; Sánchez-Escárcega, 2015; Yildis, 2010; Gómez, 1992).

El objetivo del análisis didáctico (supervisión) es visto como una herramienta de formación, al experimentar en primera persona los diferentes roles del proceso terapéutico, y la posibilidad de analizar a profundidad las dificultades que se encuentran en las reacciones del analista al enfrentar las vicisitudes y patologías de sus pacientes.

(Andreucci, 2014; Canestri, Bohleber, Denis, Fonagy, 2006; Del Rio, 2011; Freud, 1901; Hernández, 1994; Lander, 2013; Laverde, 2011; Sánchez-Escárcega, 2015; Wender, 2010; Whitaker, 1991, 1992; Whitaker y Bumberry, 1991; Zuk y Boszormenyi-Nagy, 1985; Yildis, 2010; Daskal, 2008; Fernández, 2008; Gómez, 1992).

La supervisión en el psicoanálisis considera tres actores, el supervisor, el analista y al paciente; así como los propios aspectos inconscientes de cada actor, en donde es inevitable ser vistos dentro del proceso terapéutico o de supervisión. (Andreucci, 2014, Fuentes, 2006; Hernández, 1994; Lander, 2013; Laverde, 2011; Sánchez-Escárcega, 2015; Fernández, 2008). Sin embargo, autores como Del Río (2011), Lander (2013) y Sánchez-Escárcega, (2015), colocan a la institución como un cuarto actor, dentro de la formación del analista, pues marca las pautas de aprendizaje y formación teórica para el analista, así como las teorías necesarias a las cuales los analistas recurrirán en su quehacer cotidiano.

Es común que estos centros de formación se caractericen por la supervisión constante tanto en su análisis didáctico, como en la supervisión con pacientes, en combinación con la instrucción teórica. Aunque algunos centros colocan a los estudiantes noveles en la primera sesión con el paciente, los cuáles son guiados por un supervisor detrás de un espejo de visión unilateral para recabar datos estadísticos, y relevantes para la terapia; información que se compartirá con el terapeuta asignado para el inicio de las sesiones (Meana, Méndez y Alarcón, 2012; Fuentes, 2006; Laverde, 2011; Meana, Méndez, Alarcón, 2012; Fernández, 2008).

Dentro de la formación del analista es común la transferencia del analizado hacia su supervisor, paralela a la observada en la relación paciente-terapeuta. Dado que el analista recibe un significado representativo de deseo, éste pasa a suplir sólo una parte

de la verdadera transferencia ulterior del sujeto, deseando su conocimiento y formación. Auxiliándose del análisis didáctico donde el estudiante descubre las razones y motivos de ese deseo, que debe resolver, además de encontrar los errores en que el paciente debe evitar caer, y que el analista debe guiar en cada momento, siendo consciente de las contratransferencias en que puede verse envuelto, viéndose libre de acción sobre esta particular relación. (Armengol, 1995; Del Río, 2011; Hernández, 1994; Lander, 2013; Madanes, 2007; Sánchez-Escárcega, 2015; Whitaker, 1991, 1992; Whitaker y Bumberry, 1991; Yildis, 2010). Aunado a lo anterior, el sentido de la supervisión se enfoca en la revisión del psicodinamismo del paciente, su diagnóstico de personalidad, así como de un informe detallado en palabras del analista en cuanto a las sesiones y su seguimiento al método preestablecido, así como los informes verbales del paciente de boca del analista, supervisando con ello la transferencia y contratransferencia hecha por estos dos actores. Siempre en la búsqueda interior del sujeto (Canestri, Bohleber, Denis y Fonagy, 2006; Del Río, 2011; Fernández, 2000; Hernández, 1994; Lander, 2013; Sánchez- Escárcega, 2015; Hernández, 1994; Wender, 2010; Madanes, 2007; Daskal, 2008).

La supervisión psicoanalítica actual se ve inclinada al intercambio tanto de posturas como de relaciones, tanto del supervisor como del analista, fruto del constructivismo en que se consideran las perspectivas y construcciones que giran en torno al tipo de relación del que el psicoanálisis ha tomado parte activa, tanto para su proceso terapéutico como formativo y de supervisión. (Canestri, Bohleber, Denis y Fonagy, 2006; Del Río, 2011; Wender, 2010; Fernández, 2000; Gómez, 1992).

En esta nueva forma de supervisión, se estimula la contratransferencia vista como una posibilidad en cuanto a develar y sopesar los recursos internos del analista. Así

como ser consciente de los constructos de transacción comunicativa en que participa tanto el analista, el paciente y el supervisor, donde la contratransferencia es pilar para observar, de manera indirecta las expectativas, frustraciones, situaciones aún por resolver de parte del analista, y la opinión general sobre el paciente que del analista emana (Canestri, Bohleber, Denis y Fonagy, 2006; Del Río, 2011; Wender, 2010).

Además, se revisan aspectos de tipo relacional y comunicativo, que pueden obstaculizar el proceso terapéutico, así como los sentimientos, vicisitudes, transferencias y contratransferencias surgidas en el proceso, en donde el supervisor puede ayudar a resolverlos (Canestri, Bohleber, Denis y Fonagy, 2006; Del Río, 2011; Fernández, 2000; Wender, 2010; Whitaker, 1991, 1992; Whitaker y Bumberry, 1991).

2.1.2 Enfoque Conductual y Cognitivo conductual

La Escuela Conductista tuvo sus inicios en la segunda década del siglo XX, como una propuesta alternativa a las escuelas de la conciencia y la interpretación de Freud y Wundt, esta escuela proponía el estudio de la conducta objetiva y medible, desdeñando el trabajo hecho desde la conciencia o el alma, así como el de la interpretación y el análisis como el que se venía desarrollando en ese momento. (Ardila, 2013; Bautista, 2011; Bodadilla, 2010; Camacho, 2002; Castillo, Ledo y Ramos, 2012; Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Miller, 2003; Serrano, 2001; Yela, 1996).

Basado en las investigaciones de Pavlov, Bechterev, Thorndike entre muchas otras investigaciones, Watson impulsaba una psicología no mentalista en la que los productos concretos de la mente fueran medibles y demostrables, lo cual era promovido por la influencia de la investigación naturalista de Darwin. Se orientaba a considerar a la psicología como ciencia natural, por lo que sus métodos no deberían diferir de la física

o la biología. (Ardila, 2013; Bautista, 2011; Bobadilla, 2010; Bornas y Noguera, 2002; Camacho, 2002; Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Miller, 2003; Yela, 1996).

Al poner énfasis en las facilidades del ambiente para moldear la conducta, se hacía a un lado aspectos como las creencias, pensamientos y sentimientos, pues se aseguraba que el ambiente es el responsable de moldear la conducta de la persona llevándola hacia la adaptación o la no adaptación que, en conjunto con la conducta observable y la interacción del sujeto con su ambiente, eran las premisas básicas dentro de la escuela conductista. (Ardila, 2013; Bautista, 2011; Camacho, 2002; Castillo, Ledo y Ramos, 2012; Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Serrano, 2001; Yela, 1996).

Autores seguidores de este pensamiento como Skinner, Hull, Tolman, entre otros, proponían una metodología que se enfocara más a la producción científica por parte de la psicología, caracterizada por la observación directa de fenómenos psicológicos, mediante el diseño de experimentos en laboratorios donde se utilizaban animales. Se buscaba que muchos de los fenómenos observados, fueran traducidos, explicados y aplicados a la psicología del hombre. (Ardila, 2013; Bautista, 2011; Bobadilla, 2010; Bornas y Noguera, 2002; Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Serrano, 2001; Yale, 1996).

Diversos conocimientos obtenidos en el laboratorio fueron trasladados al campo de la intervención psicoterapéutica, se buscaba la eliminación de aquellas respuestas desadaptativas del sujeto ante su ambiente, conduciéndolo a aprender habilidades mejor adaptadas al entorno en que se desenvuelve. Se evalúan las respuestas aprendidas ante estímulos exteriores, para así desarrollar estrategias generadoras de cambios en el ambiente, que concomitantemente modifiquen las respuestas del paciente. (Cruz, 1984;

Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Madanes, 2007; Camacho, 2002; Castillo, Ledo y Ramos, 2012; Skinner, 1971; Serrano, 2001).

Para esto se busca dosificar las tareas para una fácil adquisición del aprendizaje, se cuida la exposición a la experiencia presente del sujeto. Tras las secuelas de la Segunda Guerra Mundial y debido a los resultados obtenidos en el trabajo psicoterapéutico, se consideró el enfoque conductista ventajoso en relación a los resultados obtenidos por medio del psicoanálisis. (Camacho, 2002; Castillo, Ledo y Ramos, 2012; Cruz, 1984; Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Madanes, 2007; Skinner, 1971; Serrano, 2001).

Autores como Skinner, Eynseck y Shapiro desarrollaron, cada uno en su país, los inicios de la terapia conductista basada en la asimilación de nuevas habilidades, así como la creación de programas de entrenamiento en una o varias áreas específicas, bajo técnicas provenientes de investigaciones sobre el condicionamiento clásico y operante, colocando al paciente en su experiencia de vida presente. Se promovía una adaptación teórica y metodológica en cada caso en particular. (Camacho, 2002; Cruz, 1984; Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Skinner, 1971).

Sin embargo, se consideró que en sus investigaciones se caía cada vez más en un radicalismo y reduccionismo metodológico al ir introduciendo procedimientos altamente complejos, con vista a la creación de leyes universales aplicadas a toda conducta humana. (Ardila, 2013; Bautista, 2011; Bobadilla, 2010; Camacho, 2002; Corsi, Guerra y Plaza, 2007; Serrano, 2001; Shunck, 2012; Yela, 1996).

La rigidez metodológica observada en algunos investigadores conductistas provocó tanto divisiones como cuestionamientos, lo que originó que en etapas más avanzadas, los investigadores incorporaran a la memoria, o la atención como objetos de

estudio (entre muchos otros tópicos en que la Escuela Conductista difería) provocando disidencias aún mayores al interior de esta escuela, lo cual dio origen a otros enfoques o escuelas que retoman las líneas de investigación que el conductismo había dejado de lado, como representaciones internas e intencionales. (Abate, 2016; Ardila, 2013; Bobadilla, 2010; De Vega, 1984; Leahey, 1998; Miller, 2003; Rivière, 1991; Shunck, 2012; Puche, 2002; Yela, 1996).

Influenciada por la ciencia computacional, por la cibernética, y por el procesamiento de la información, la Escuela Cognitiva retoma los procesos mentales internos del sujeto. Se inicia así la revolución cognitiva con lo cual surgen autores como Piaget, Bartlett, Luria y Vygotsky, que con sus estudios marcarían el inicio de la Escuela Cognitiva que aún perdura hasta nuestros días. (Abate, 2003; De Vega, 1998; Díaz, Molina, Monroy y Bernal, 2012; Leahey, 1998; Miller, 2003; Puche, 2002; Rivière, 1991; Shunck, 2012).

En la década de los setenta, se traslada al trabajo terapéutico los conocimientos obtenidos del enfoque cognitivo que, en conjunto con el conductismo, sustentaron el quehacer psicoterapéutico cognitivo conductual al reconocer la interrelación existente entre pensamiento, sensación y conducta, ante lo cual el psicoanálisis tenía poco que ofrecer (Becoña y Oblitas, 2013).

En el enfoque cognitivo conductual se propusieron habilidades tanto internas como externas que requiere desarrollar cada terapeuta cognitivo conductual, postulando las habilidades profesionales, que el supervisor debe observar y promover en cada uno de sus estudiantes. Se identificaron habilidades genéricas que todo terapeuta cognitivo conductual, y en general todo terapeuta, debe tener presente. (Andersen, 1994; Bados y García, 2011; Barraca, 2009; Cade y O' Hanlon, 1995; Caro, 2009, 2011; Cozolino,

2011; Del Río, 2011; Friedman, 2001, 2005; Gianfranco, Gerry y Wendel, 2002; Gómez, 2010; Keeney y Jeffrey, 2007; Keeney, 1992; Rogers, 1982; Alvear, Jerez y Lucero, 2012; Daskal, 2008).

Barraca (2009) señala algunas de las habilidades que los terapeutas cognitivo conductuales consideran que es adecuado que se desarrollen en el terapeuta, las cuales se presentan a continuación:

- Empatía: como canal que promueve la sana relación terapéutica, es el pilar fundamental de cada intervención, sin importar la orientación psicoterapéutica.
- Habilidad de escucha: el terapeuta debe ser capaz de analizar, interpretar, aclarar y sintetizar las ideas del paciente de manera clara, adecuando en todo momento, la perspectiva personal a la del paciente.
- Aceptación: implica aceptar al usuario tal cual es, sin juicios de valor o sesgos personales que afecten la relación terapéutica.
- Autenticidad: esta habilidad implica que el terapeuta debe mostrarse tal cual es, sin necesidad de exagerar o disminuir sus características propias. Conjuntando tanto el trato con la sinceridad, la diplomacia con la oportunidad de no perjudicar al cliente y la relación terapéutica.
- Cordialidad: denota tener un acercamiento adecuado y apropiado que construya y favorezca la relación terapéutica, marcando la distancia necesaria, sin afectar la cercanía humana que es necesaria, para la relación usuario-terapeuta.
- Habilidades de acción verbal: las cuáles se refieren a la habilidad para saber preguntar, confrontar, aportar análisis o información.

- Conocimiento del modelo desde el que se trabaja: es decir conocer las teorías y desarrollo del enfoque desde el cuál se trabaja, sus variantes y el desarrollo científico en cuanto a la aplicación práctica del enfoque.
- Competencias técnicas: saber en qué momento es adecuado desarrollar o aplicar alguna o varias técnicas terapéuticas de acuerdo a las características de la situación que se está trabajando y de la cual se es corresponsable. Además, es necesario tomar en cuenta las características de la persona y que se adecue a esta. Por ejemplo: desensibilización sistemática, entrenamiento en habilidades sociales, etc. (p.111).

Sin embargo, la evolución de la psicoterapia en los años más recientes, ha desembocado en el desarrollo de destrezas aún más específicas y especializadas que realzan habilidades que el terapeuta requiere desarrollar o adquirir, como las señaladas por diversos autores, entre otros Andersen, (1994); Barraca, (2009); Fernández y Rodríguez, (2001); Friedman, (2001) (2005); Gianfranco, Gerry y Wendel, (2002); Keeney, (1992); Keeney y Jeffrey (2007); Daskal (2008).

- Lenguaje metafórico: se refiere a la capacidad de recordar, crear y comunicarse mediante metáforas con el usuario, esto con el fin de observar de manera íntegra el malestar y la molestia sobre su entorno.
- Trabajo colaborativo: en cuanto a la habilidad de trabajar con otros terapeutas en un equipo coordinado.
- Flexibilidad: en cuanto a aceptar alguna ayuda alternativa, que permita la focalización y aceptación de sentimientos o emociones.

La supervisión bajo este enfoque no sólo se centra en el desarrollo de habilidades del terapeuta en formación que apoyen el proceso terapéutico, a su vez se conectan con el mundo interno del propio terapeuta identificando tanto emociones como sentimientos

con respecto al caso atendido, fundamentales para que pueda operar sobre el paciente como perturbador emocional estratégicamente orientado. (Andersen, 1994; Barigoltz, 2002; Barraca, 2009; Cozolino, 2011; Fernández y Rodríguez, 2001; Friedman, 2001, 2005; Gianfranco, Gerry y Wendel, 2002; Garzón, 2008; Robles, 1991; Keeney, 1992; Keeney y Jeffrey, 2007; Alvear, Jerez y Lucero, 2012; Daskal, 2008). Además del entrenamiento en aspectos internos del terapeuta, Barigoltz (2000), se adentra al proceso de supervisión técnica, cuya supervisión apunta al desarrollo de habilidades terapéuticas para llevar adelante una entrevista psicológica, decidir la pertinencia de la psicoterapia, formular las indicaciones, realizar el diseño de tratamiento en función de los objetivos terapéuticos, aplicar las técnicas de intervención y evaluar el curso del proceso, integrando así en el terapeuta el cuidado del proceso terapéutico, sin que este disminuya el cuidado y contacto que debe mantener el terapeuta consigo mismo.

Diversos autores (Andersen, 1994; Barigoltz, 2000; Cade y O' Hanlon, 1995; Caro, 2009, 2011; Cozolino, 2011; Fernández y Rodríguez, 2001; Friedman, 2001, 2005; Garzón, 2008; Gianfranco, Gerry y Wendel, 2002; Gianfranco, Gerry y Wendel, 2002; Robles, 1991; Keeney, 1992; Keeney y Jeffrey, 2007; Rogers, 1982; Salama, y Castanedo, 1991; Alvear, Jerez y Lucero, 2012; Fernández, 2008; Ávila, Gabalda, Orlinsky, Rodríguez, Coscollá y Alonso, 2002; Daskal, 2008) coinciden en que es necesario desarrollar una formación integrativa y flexible que permita a los alumnos la adquisición de mejores y nuevos estilos terapéuticos, que posibiliten un abordaje amplio sobre los problemas presentados, y se evite, en lo posible, el apego a enfoques rígidos o empobrecidos técnica y procedimentalmente. Al converger la creatividad y los aspectos internos del terapeuta, se crean pilares que colocan en marcha no tanto la técnica o el enfoque utilizado, como el aterrizaje último de aspectos humanos, técnicos, científicos y

éticos que en conjunto generan la construcción psicoterapéutica necesaria para la resolución final ante problemas y aflicciones humanas.

2.1.3 Enfoque Humanista

La corriente humanista surge como una respuesta a los enfoques más tradicionales de la psicología: el psicoanálisis y el conductismo, al asegurar que olvidaron el enfoque humano cayendo en el reduccionismo, el mecanicismo y determinismo. (Henaó, 2013; López, 2009; Riveros, 2014; Villegas, 1986).

Al término de la Segunda Guerra Mundial, el mundo se encontraba en una fase de transición, donde se intentaba recobrar las características perdidas que eran propias de la humanidad, como la creatividad, el crecimiento humano, la espiritualidad, la libertad, la capacidad de decisión y la experiencia interna entre otras. (Henaó, 2013; López, 2009; Peláez, Lozada y Olano, 2013; Riveros, 2014).

En Estados Unidos y en Europa surgen autores como Abraham Maslow, Carl Rogers, Erich Fromm, Erik Erikson, Karen Horney, Kurt Goldstein, Fritz Perls, Víctor Frank, Jean-Paul Sartre, Rollo May, entre otros, quienes en los años cincuenta y sesenta postularon las bases de la llamada tercera fuerza de la psicología, la psicología humanista (Henaó, 2013; López, 2009; Peláez, Lozada y Olano, 2013; Riveros, 2014).

Con posterioridad, se vio la necesidad de formalizar y diseñar programas de entrenamiento, para los futuros psicoterapeutas formados bajo este enfoque. Y fue a comienzos de los años sesenta, cuando Rogers (1982), imparte un curso con el objetivo tanto de formar, como supervisar a terapeutas que estuvieran dispuestos, a trabajar bajo el enfoque centrado en el cliente.

Rogers (1982) relata cómo fue su primera incursión en la supervisión, ya que en una primera fase se admitieron en el curso aquellos que tenían tanto formación como experiencia en psicología clínica, ya que se trabajaba sobre casos manejados por estudiantes. Estos podían tomar un caso, hasta que ellos se sintieran dispuestos y seguros para manejarlos, se les asignaba un cliente de los que acudían a la clínica psicológica. El consejero estudiantil tomaba notas completas de su entrevista (en ocasiones grababa) y el relato textual de por lo menos una entrevista era mimeografiado, distribuyendo este, entre todos los miembros del curso para ser discutido, en tanto que el caso seguía progresando.

Junto con estas revisiones grupales, se realizaban, de forma individual, conversaciones sobre los clientes, con cada uno de los estudiantes que llevaban su caso, para explicar de manera detallada las áreas de oportunidad encontradas dentro de la sesión.

De la misma manera se estimulaba a los estudiantes a pedir ayuda en cuanto se sintieran inseguros, intuyeran que el caso los estaba sobrepasando o consideraban que era un caso difícil, y que se requería una revisión más profunda. (Rogers,1982).

La supervisión dentro del enfoque centrado en el cliente, consistía solo en la aprobación y la desaprobación de manera específicas de llevar a cabo el consejo. Esto trajo como consecuencia que el alumno se sintiera señalado, sin importar lo que el instructor hiciese para evitar la presión de la desaprobación. (Rogers, 1982).

Sumado a este problema, la poca atención prestada a las actitudes básicas del alumno, provocaban en él un menoscabo de su autenticidad, que el mismo enfoque buscaba incrementar, cayendo en el exagerado uso de la técnica, contrarrestando paradójicamente a esta misma. (Rogers,1982).

Para satisfacer la doble demanda tanto de seguridad en el cliente, como de aprendizaje en el alumno, Rogers (1982), decidió desarrollar en sus alumnos el enfoque que más se adaptara a ellos, y que impulsara su autenticidad, uno de los objetivos que busca la psicoterapia humanista. A pesar de los obstáculos y dificultades encontradas en este primer intento de supervisión, bajo el enfoque centrado en el cliente, Roger (1982), obtuvo resultados favorables, ya que en este primer curso de formación pudo obtener consejeros competentes, gracias a diversos factores desde la selección de los candidatos, hasta la dedicación de los estudiantes para poder abordar de manera profesional sus casos. Rogers (1982) señala aspectos para el aprendizaje tanto para el supervisor como para el supervisado.

Para el alumno:

- Comparar los métodos usados por ellos contra los que pensaban que utilizaban.
- Oportunidad de discernir los puntos en el proceso terapéutico, particularmente en sus aspectos menudos y detallados.
- Reconocer que las entrevistas van más allá de una simple charla, son complejas y altamente sensibles de las causas y efectos de las relaciones humanas.
- Aprendizaje por su propia experiencia, aun a pesar de los métodos de enseñanza, en lugar del resultado de ellos.
- La vía más directa para que se conozcan las actitudes básicas del enfoque es someterse a terapia, ya que se sensibilizará frente al tipo de actitudes y sentimientos que experimenta el cliente y a sentir empatía en un nivel más profundo y significativo.
- Al poner en claro estas actitudes, frente a los demás, abre la oportunidad de conocer la manera en que operan al momento de llevar a cabo la terapia.

Para el supervisor: se plantean los siguientes aprendizajes para con sus supervisados:

- El objetivo más importante es que el estudiante aclare y comprenda sus propias relaciones básicas con la gente y los correlatos tanto actitudinales como filosóficos de esa relación.
- En la formación de terapeutas centrados en el cliente, es necesario dirigir todo el interés a la orientación que adoptará el estudiante.
- La actitud básica del estudiante debe ser genuina, si sus actitudes lo llevan a otra orientación se le acepta.
- El propósito de la formación es entrenar más terapeutas, no solo a un tipo basado en el enfoque humanista.
- No se puede ni se debe orientar a ningún estudiante para que se convierta en un terapeuta centrado en el cliente.
- Es mucho más importante que el estudiante sea fiel a su propia experiencia y no que coincida con alguna orientación terapéutica conocida.
- La práctica de la terapia debería ser parte de la experiencia de la formación desde el primer momento en que es practicable.
- La experiencia de la terapia en parte se vive a través de la manera como se enseña, los cursos y otra parte a través de la manera como se ayuda al estudiante mediante la supervisión de sus casos.

Salama (2008) y De Lebl (2000) proponen un esquema de supervisión dentro del enfoque Gestalt, con el que se propone dar al supervisado los elementos básicos necesarios para realizar un trabajo terapéutico, así como el fortalecimiento de habilidades como la comunicación no verbal, el cuidado de la relación terapeuta-

paciente, identificar los canales de referencias para un acceso al sistema representativo de la persona.

Además de los aspectos técnicos, Salama (2008) incluye aspectos primordiales, que pueden pasar desapercibidos y ser decisivos a la hora de aplicar cierta técnica o táctica: el lenguaje como un actor principal dentro de la terapia Gestalt, la comunicación no verbal que se considera que es donde recae la fuerza de la comunicación, y que permite una intimidad con el paciente, lo cual refuerza la relación terapéutica.

Sin embargo, esto no los libra de actitudes persuasivas en que ambos participan, y que Salama (2008) así como De Lebl (2000) aluden a ellos en cada uno de sus papeles que pueden tomar tanto paciente como supervisado. Es donde el supervisor juega un papel regulador en cuanto hacer consciente al supervisado sobre los roles de que puede hacer uso para una intervención más eficaz.

Salama y Castanedo (1991) y De Lebl (2000) incluyen tres categorías en que la supervisión de la terapia Gestalt se puede clasificar: en una primera categoría entra la supervisión orientada al desarrollo de las diferentes técnicas de la terapia Gestalt; la segunda clasificación se enfoca a encontrar el punto de enlace entre el terapeuta y el paciente mediante sus emociones como en sus sentimientos, cuidando sus debilidades y conflictos, ya que ésta entraña un conflicto personal. Finalmente, la última clasificación es una combinación de las dos anteriores, llamada centrada en el terapeuta dejando el desarrollo del propio estilo sistemático terapéutico al supervisando, ya que este será el pilar y soporte de su práctica profesional futura.

Se identifican a su vez, las habilidades que todo terapeuta del enfoque humanista y/o Gestalt debe tener para la eficiente intervención terapéutica de la cual dependerá la resolución de la situación del paciente. Se proponen una serie de características que

todo terapeuta debe desarrollar antes del ejercicio profesional, estos planteamientos se comparten con otros autores y enfoques (Caro, 2009, 2011; Barigoltz, 2000; Barraca, 2009; Cozolino, 2011; Keeney, 1992; Keeney y Jeffrey, 2007; Haley, 2008; Whitaker, 1991; Alvear, Jerez, Chenevar, 2012; De Lebl, 2000; Martínez, 2005; Hernández, Córdoba, 2007; Garzón, 2008; Fernández y Rodríguez, 2001; Manríquez, 1982; Castanedo, 1988; Del Río, 2011; Yildis, 2010; Daskal, 2008; Ávila, Gabalda, Orlinsky, Rodríguez, Coscollá, y Alonso, 2002).

El terapeuta debe ser consciente del enfoque bajo el cual se maneja, así como la preparación tanto técnica como procedimental y humana que lo ha formado, tanto para ejecutarlo como para proponer nuevas formas de hacer terapia.

2.1.4 Enfoque Sistémico Estratégico

La escuela sistémica tiene sus orígenes en la investigación sobre la comunicación de Bateson (1998) en ella se reconocían los procesos comunicativos y de lenguaje como determinantes en la conducta, comportamiento y en el pensamiento, que en conjunto con la teoría general de los sistemas de Bertalanffy y la cibernética de Wiener en los años sesenta establecieron las bases del enfoque sistémico (Haley, 2008; Hoffman, 1987; Keeney, 1992; Palazzoli et. al., 1991, 1996; Watzlawick, Beavin, y Jackson, 2002; Keeney y Jeffrey, 2007; Sirigatti, Stefanile y Nardone, 2011; Varela, 1998).

Este enfoque pone énfasis en la comunicación que junto con el lenguaje son el punto de partida y creación de toda conducta, centrándose en las interacciones y relaciones entre los sujetos, considerando la creación de patologías como el resultado de interacciones determinadas por el lenguaje. (Nardone y Watzlawick, 2003; Watzlawick, Beavin, y Jackson, 2002; Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 2004;

Hoffman, 1987; Haley, 1991, 2008; Nardone y Watzlawick, 2003; Madanes, 2007; Andolfi, 1991, 2003; Palazzoli et. al., 1991, 1996; Keeney y Jeffrey, 2007; De Shazer, 1999; Keeney, 1992).

Los iniciadores del modelo sistémico proponen una perspectiva diferente de la epistemología tradicional y de la mayoría de las ciencias, apartándose de la perspectiva lineal desde la cual intentan explicar, diagnosticar y etiquetar las enfermedades mentales, para lo cual proponen considerar a la persona en su entorno social, cultural y relacional (Nardone y Watzlawick, 2003; Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 2004; Hoffman, 1987; Watzlawick y Nardone, 2008; Haley, 1991, 2008; Madanes, 2007; Andolfi, 1991, 2003; Palazzoli et. al., 1991, 1996; Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002; Keeney y Jeffrey, 2007; De Shazer, 1999; Gianfranco, Gerry y Wendel, 2002).

Asumen una perspectiva circular que refuerza el enfoque comunicativo, toda conducta va a estar determinada tanto por las relaciones entre los interactuantes incluida la comunicación, en donde cualquier problema de relación o comunicativo se reflejará en la conducta y en el pensamiento, en forma de lenguaje (Andolfi, 1991, 2003; Fiorenza y Nardone, 2004; Hoffman, 1987; Haley, 2008; Nardone y Watzlawick, 2003; Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002; Nardone, 2004; Madanes, 2007; Watzlawick y Nardone, 2008; Palazzoli et. al., 1991, 1996; Minuchin, Nichols y Lee, 2007).

Esta es la nueva epistemología que cambia la manera de observar la formación de los problemas comportamentales, ya que incorpora los patrones familiares, socioculturales, las normas, creencias y valores que influyen en la percepción de la realidad y tornan posible analizar y cuestionar las hipótesis que de ella se construyen. (Andolfi, 2003; Haley, 1991, 2008; Fernández y Rodríguez, 2001; Nardone y Watzlawick,

2003; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991; Minuchin, Nichols y Lee, 2007; Olabarría y Vázquez, 2007; Loubat, 2005; Santiago, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte y Roussos, 2009).

Al ampliar el panorama de observación, donde la familia juega un papel principal en la formación de conductas, incorpora también al terapeuta como un elemento más del sistema. (Haley, 2008; Madanes, 2007; Nardone y Watzlawick, 2003; Cecchin, 1998; Elkaïm, 1998; Watzlavick y Nardone, 2008; Minuchin, Nichols y Lee, 2007; Olabarría y Vázquez, 2007; Fernández, 2000; Loubat, 2005).

Al considerar al terapeuta parte importante de la interacción tanto comunicativa como conductual, permite redefinir y transformar la perspectiva de la construcción de la realidad. La observación sobre el fenómeno contempla la autocrítica y la autorreflexión del observador. Clarifica lo que ocurre en cada situación psicoterapéutica con la que está trabajando. Así el terapeuta inicia la exploración simultánea tanto del mundo interior y los pensamientos privados del paciente como de la interacción que establece con el paciente que tiene enfrente. (Haley, 2008; Nardone y Watzlawick, 2003; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991; Madanes, 2007; Enríquez Gómez y Zhon, 2013; Watzlavick y Nardone, 2008; Cozolino, 2011; Olabarría y Vázquez, 2007; Loubat, 2005; Fernández, 2000).

Aunque la terapia sistémica se asemeja a otras escuelas terapéuticas, como la cognitiva conductual, el enfoque sistémico surgió como una alternativa a la visión médica y psiquiátrica clásica integrando técnicas y métodos provenientes de otras corrientes psicoterapéuticas, aportando la comunicación como parte primordial de toda conducta humana. (Bateson, 1998; Nardone y Watzlawick, 2003; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y

Prata, 1991; Haley, 2008; Madanes, 2007; Fiorenza y Nardone, 2004; Watzlavick y Nardone, 2008).

La supervisión sistémica surge como manera de observación directa de la interacción comunicativa del grupo familiar, al mismo tiempo en que se observa al terapeuta como un observador del grupo familiar, que con su presencia impacta en el objeto de estudio, por otro lado, desde su mapa recorta y atribuye significados a su percepción. (Nardone y Watzlawick, 2003; Palazzoli et al, 1991, 1996; Cecchin, 1998; Minuchin, Nichols y Lee, 2007; Watzlavick y Nardone, 2008; Alvear, Jerez y Lucero, 2012; Enríquez Gómez y Zhon, 2013; Cozolino, 2011; Olabarría y Vázquez, 2007; Loubat, 2005).

El terapeuta se convierte también en el principal actor que junto con la familia o individuo redefinen y transforman la construcción de la realidad que descansa sobre el lenguaje, el terapeuta va articulando su observación y analizando la realidad que está viviendo. (Nardone y Watzlawick, 2003; De Shazer, 1999; Fernández y Rodríguez, 2001; Cade y O' Hanlon, 1995; Alvear, Jerez y Lucero, 2012; Montalvo y Espinosa, 2011; Olabarría y Vázquez, 2007; Fernández, 2000; Santiago, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte y Roussos, 2009).

Este enfoque invita al terapeuta a hacer una reflexión sobre su propio trabajo, así como comprender la epistemología usada con el marco referencial utilizado, analiza su trabajo terapéutico y el punto referencial desde el cual observa al mundo. Se aleja de la perspectiva clínica y normativa, es decir que no se basa en un concepto de normalidad y desviación, sino en la visión de los problemas humanos como producto de las interacciones entre personas, en la forma en como comunican e interactúan con su realidad. Desde esta perspectiva, el lenguaje puede tomar una dirección diferente,

tornando la realidad como patógena o sanadora. (Fiorenza y Nardone, 2004; Haley, 2008; Madanes, 2007; Bateson, 1998; Nardone y Watzlawick, 2003; Nardone, 2004; O' Hanlon y Davis, 1990; Watzlawick, 2012; Fernández y Rodríguez, 2001; Palazzoli et. al., 1991, 1996; Cade y O' Hanlon, 1995; Montalvo y Espinosa, 2011; García, 2004; Olabarría y Vázquez, 2007; Watzlavick y Nardone, 2008; Santiago, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte y Roussos, 2009).

Tras las propuestas de Bateson (1998), y el trabajo de autores como Haley, Watzlawick, Nardone, Palazzoli, entre otros, se estableció una manera diferente de trabajar tanto en la forma de entender los problemas presentados como en la pronta e inmediata solución. Además, autores como Haley o Weakland, incorporan los planteamientos de Milton Erickson para comenzar a utilizar el lenguaje del paciente como vehículo de cambio, basado en la sugestión y la persuasión. (Fiorenza y Nardone, 2004; Robles, 1991; De Shazer, 1986; Rosen, 1987; O' Hanlon y Davis, 1990; Elkaïm, 1998).

Sin embargo, los planteamientos de utilización de la sugestión y la persuasión en el trabajo terapéutico planteados por Erickson, lograron una alta crítica a la escuela sistémica y estratégica señalando que se atentaba contra el paciente, ya que se considera a éste el único responsable de conseguir los cambios deseados para sí mismo. Por otro lado, bajo la perspectiva circular propia de este enfoque, asume que, en toda intervención psicoterapéutica, independientemente del enfoque, se hace uso de la sugestión y la persuasión, directa o indirectamente sobre el paciente (Madanes, 2007; Fiorenza y Nardone, 2004; Haley, 2008; Nardone y Watzlawick, 2003).

Milton Erickson destaca el uso del lenguaje del paciente, así como utilizar todo recurso que el usuario traiga consigo como una herramienta útil para la pronta solución del problema que aflige a la persona. Destacando el estilo creativo y flexible que el

terapeuta debe desarrollar si pretende desenvolver un estilo terapéutico a la medida del paciente (Robles, 1991; De Shazer, 1986, 1997; O' Hanlon y Davis, 1990; Cade y O' Hanlon, 1995; Watzlawick, 2012; Keeney, 1992).

Para Erickson el objetivo de la terapia no consiste en la eliminación del síntoma, sino en ayudar al cliente a establecer algunas condiciones que permitan el logro espontáneo de la meta enunciada o implícita (De Shazer, 1986, 1997; O' Hanlon y Davis, 1990; Cade y O' Hanlon, 1995).

Los planteamientos anteriormente señalados, impulsan en una nueva dirección el trabajo terapéutico, el cual presupone orientar la terapia hacia un escenario en que el problema ya no exista o se resuelva, esto activa en el paciente una serie de recursos internos que el terapeuta requiere saber potenciar, debido a que en ocasiones despierta en el paciente la motivación necesaria para resolver sus aflicciones y molestias, dotándolo de la energía necesaria para hacerle frente a los conflictos de la vida cotidiana. (De Shazer, 1986, 1997; Robles, 1991; O' Hanlon y Davis, 1990; Cade y O' Hanlon, 1995).

Para lograr lo anterior, el terapeuta comunica al paciente lo que es necesario que escuche, de modo que motive y active sus propios recursos que en muchas ocasiones están guardados y olvidados en alguna parte. Identifica aquello que lo hace único, sus estilos comunicativos, de aprendizaje, su orientación hacia lo externo o lo interno, su peculiar forma de comunicación que, en combinación con metáforas, cuentos, trances, prerrogativas, entre otros, lo hace un recurso altamente eficiente en cualquier aspecto de la terapia. (De Shazer, 1986, 1997; O' Hanlon y Davis, 1990; Robles, 1991; Rosen, 1987; Cade y O' Hanlon, 1995; Cecchin, 1998; Loubat, 2005; Mardones y Albornoz, 2014).

Al centrarse en la solución y la proyección al futuro en conjunto con las fuerzas y capacidades de los clientes, se convierte en una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente. (O' Hanlon y Davis, 1990).

Todo lo anterior define el estilo de supervisión que desarrolla este enfoque, el cual tiene algunas similitudes con enfoques revisados con anterioridad, sin embargo, la principal diferencia es que no solo observa al terapeuta, a la familia y/o individuo, además también incorpora en la supervisión la relación construida en la sesión, incluyendo al supervisor y la institución en la cual se desarrolla el proceso terapéutico.

En las diferentes estrategias de supervisión de los enfoques o escuelas, se emplea el uso de videograbaciones de la sesión, observación directa, transcripción detallada de la sesión para una discusión más detallada, audiograbaciones o la anécdota de la sesión relatada directamente por el terapeuta, son algunos recursos que se han utilizado para la formación y supervisión de terapeutas a lo largo de los años, como ya lo han señalado autores como Caro (2009, 2011); Fernández y Rodríguez (2001); Hernández Córdoba (2007); Daskal (2008); Haley (2009); Martínez (2005); Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1991); Rogers (1982); Alvear, Jerez y Lucero, (2012).

Además de los recursos señalados anteriormente, es también necesario formar terapeutas reflexivos, autónomos y propositivos; siempre destacando sus valores éticos para con él mismo como profesional, proyectándolo hacia al entorno en que se desenvuelva, desarrollando su creatividad, flexibilidad y espontaneidad. (Andersen, 1994; Friedman, 2001, 2005; Fernández y Rodríguez, 2001; Garzón, 2008; Alvear, Jerez y Lucero, 2012; Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2015; Daskal, 2008; Knöbl, 2009; Ávila, Gabalda, Orlinsky, Rodríguez, Coscollá y Alonso, 2002; Loubat, 2005; Mardones y Albornoz, 2014).

Se considera la psicoterapia y la supervisión como un proceso de cambio, en donde tanto supervisor como cliente, buscan transformar su forma de percibir la realidad, ya sea para aliviar alguna molestia emocional, o adquirir las destrezas necesarias para proporcionar el cambio en los usuarios atendidos (Alvear, Jerez, Lucero, 2012; Garzón, 2008; Fernández y Rodríguez, 2001; Haley, 2008; Daskal, 2008; Fernández, 2000; Loubat, 2005; Daskal, 2008; Mardones y Albornoz, 2014).

A su vez autores como Andersen (1994); Friedman (2005); Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1991), impulsaron el desarrollo de equipos reflexivos, donde el equipo terapéutico y la familia eran colocados al mismo nivel, abriendo la posibilidad de intercambiar diálogos sobre la propia intervención, intercambiando tanto ideas como perspectivas sobre el curso que debería tomar el caso, en que la familia o persona intervenida, podía escuchar y ver las diferentes perspectivas y pronósticos sobre el caso, con miras siempre a la solución de la problemática presentada.

Este tipo de trabajo a su vez trascendió a la supervisión y la formación de psicoterapeutas, ya que permitía el juego de roles, abriendo la perspectiva como familia y usuario, así también como parte del equipo de reflexión o terapeuta (Andersen, 1994; Friedman, 2001, 2005; Fernández y Rodríguez, 2001; Alvear, Jerez y Lucero, 2012; Daskal, 2008).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

El presente estudio tiene un alcance descriptivo. Se presentan los conceptos básicos que incorporan los estudiantes en formación, así como los instrumentos que se emplean en la evaluación de las personas que acuden a solicitar el servicio psicoterapéutico al CECLIPSI.

3.1 Tipo de estudio

En esta investigación, se emplea tanto el método cualitativo como cuantitativo, con el objetivo de describir tanto los instrumentos y métodos que apoyan a la realización de la supervisión, como las características del trabajo que se realiza en el CECLIPSI.

3. 2 Conceptos

3.2.1 Intervención en crisis

Una crisis se caracteriza por uno o varios sucesos abrumadores, por lo general negativos e intensos, que tienen como característica el quebrantar, paralizar, alterar y/o sobrepasar la capacidad de respuesta de la persona. Puede tener una aparición brusca e inesperada, con la fuerza suficiente para hacer perder la capacidad de respuesta habitual con la que una persona afronta una situación estresante, eliminando en ella sentimientos de seguridad y de control. (Slaikeu 2000; Wainrib y Bloch, 2000; O' Hanlon, 2005; Echeburúa, 2004; Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba, 2005; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2006).

Este tipo de eventos pueden ocurrir a cualquier persona sin importar su nivel de desarrollo, personalidad, ni su situación socioeconómica. (Slaikeu, 2000; O' Hanlon, 2005; Wainrib y Bloch, 2000).

Se ha observado que existen personas más vulnerables ante situaciones de estrés, sin embargo, también las hay muy resistentes. Las respuestas para enfrentarlo, varían de persona a persona y también en una misma persona dependiendo del contexto. (Echeburúa, 2004).

Existen diversos modelos de intervención en crisis, sin embargo, un modelo amplio incorpora aspectos que requiere considerar, entre otros: conocimiento acerca de las etapas de desarrollo del individuo, contexto social y cultural en el cual se desenvuelve, identificar qué situaciones generan desequilibrio, magnitud del riesgo y necesidad de intervención inmediata, así como las redes de apoyo con que cuenta la persona. Además, conocer estrategias, tácticas y técnicas que pueden implementarse en cada sesión.

Las crisis generalmente se clasifican en: crisis circunstanciales y crisis de desarrollo.

a) Crisis circunstancial: son aquellas que devienen de un suceso externo, que por sus propiedades tanto inesperadas como abruptas, causan en el individuo sentimientos tanto de descontrol como de desasosiego. Este tipo de crisis son activadas por un acontecimiento demandante que, parece detener la forma habitual de hacerle frente a los problemas de la vida. (Wainrib y Bloch, 2000; Slaikeu, 2000; Cantera, 2004; Organización Panamericana de la Salud, 2006; Federación Internacional de la Cruz Roja, 2003).

b) Crisis de desarrollo: son previsibles y esperadas, generalmente se considera como una dualidad, oportunidades o cambios, o bien riesgos y retos, y las personas pueden decidir en una dirección u otra. Este tipo de crisis puede presentarse en cada una de las etapas de desarrollo humano. Erik Erikson, en la teoría del desarrollo psicosocial señala ocho estadios por los que atraviesa el ser humano, y en ellas se pueden presentar diversas crisis psicosociales, estas deben verse como transiciones que cada individuo debe resolver, para poder funcionar completamente en la siguiente etapa, este tipo de situaciones se vuelven críticas cuando por la falta de habilidad, de conocimiento, la incapacidad de correr riesgos, la falta de recursos materiales, sociales o personales, se tornen dificultosas y/o perturbadoras para la persona. (Slaikeu, 2000; Wainrib y Bloch, 2000; Cantera, 2004; Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Esta idea de entender la crisis como una situación de riesgo y de oportunidad, es retomada por diversos autores, entre otros: Slaikeu (2000), Wainrib y Bloch (2000), O' Hanlon (2005) y señalan que este concepto dual de las crisis está presente en diferentes culturas como la china o la griega, en las cuales la crisis representa tanto una oportunidad de crecimiento y evolución hacia nuevas formas de estructura, como una posibilidad de riesgo, peligro y dificultad al no poder adquirir nuevas destrezas, tanto internas como externas, para evolucionar y desarrollarse.

A partir de los puntos anteriores, se puede definir la intervención en crisis como el proceso mediante el cual se puede actuar de manera inmediata para poder asistir a individuos, familias o comunidades, durante un periodo de desequilibrio reduciendo en ellos cualquier situación que ponga en peligro la vida, dando el apoyo necesario, activando tanto sus recursos internos, como sociales con miras a restituir el autocontrol

cognitivo y emocional, para recuperar el equilibrio con nuevos recursos y perspectivas sobre la vida. (Slaikeu, 2000; Wainrib y Bloch, 2000; Cantera, 2004).

Se establece la intervención con los Primeros Auxilios Psicológicos como intervención de primera instancia, diferenciándola de la psicoterapia, ya que en una primera oportunidad esta busca ayudar a la persona, alentando nuevas y mejores soluciones alternativas a las usadas comúnmente, ayudar a disminuir el impacto causado por la crisis y para desarrollar las capacidades que permanecen ocultas. (O' Hanlon, 2005; Slaikeu, 2000; Wainrib y Bloch, 2000; Ministerio de Salud Pública de El Salvador, 2006; Federación Internacional de la Cruz Roja, 2003).

Es importante destacar que varios autores como Slaikeu (2000), Echeburúa (2004), Caplan (1993), Wainrib y Bloch (2000), Parada (2002), Cantera (2004), Federación Internacional de la Cruz Roja (2003), señalan que la correcta translaboración de la crisis va a depender, en gran medida, de la gravedad del evento que la provoca, de los recursos personales y experiencia previa que tenga la persona, de los recursos sociales o las redes de apoyo que tenga a su alrededor y, en ocasiones de los recursos materiales para sortear la crisis.

Echeburúa (2004) y Wainrib y Bloch (2000) plantean que es posible que las personas logren superar la crisis sin ninguna ayuda externa, ya que el ser humano tiene una capacidad de adaptación y un espíritu de superación que, en la mayor parte de los casos, está por encima de las contrariedades cotidianas.

La intervención en crisis ayuda a evitar el desarrollo de conductas disfuncionales, así como estrategias de afrontamiento, malsanas o fallidas, y de la misma forma evita secuelas emocionales que persisten de forma crónica, que puedan interferir de forma negativa en la vida de la persona o la familia, generando en éstas expectativas

derrotistas. Al buscar una reorganización y reintegración de la experiencia, la resolución positiva de la crisis busca integrarla de manera positiva, al dejar que la persona esté abierta en vez de estar cerrada al futuro. (Slaikeu, 2000; Wainrib y Bloch, 2000; Echeburúa, 2004).

A través de diversas investigaciones sobre la intervención en crisis, se han señalado exitosos modelos de intervención, que permiten resaltar las habilidades de supervivencia de las que se vale el ser humano para hacer frente al estrés, devolviendo a la persona la alegría de vivir. Estas estrategias y modelos buscan movilizar al individuo o a la familia, a su entorno más cercano e incluso a su comunidad. (Slaikeu, 2000; Echeburúa, 2004).

El modelo de intervención, propuesto por Slaikeu (2000), y seguido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (2006) establece que la intervención en crisis puede realizarse en dos niveles: primera ayuda psicológica (PAP) o intervención en crisis de primer orden y la intervención de segundo orden o psicoterapia.

- Primeros Auxilios Psicológicos (Intervención en Crisis de Primer Orden): es una asistencia inmediata, por lo general se lleva a cabo en una sesión, su duración puede ser de minutos a horas, dependiendo de la gravedad de la situación, el estado emocional de la persona o familia, de los recursos con los que se dispone, y la habilidad del asistente. Este tipo de asistencia puede ser realizada por cualquier persona que tenga el conocimiento para llevar a cabo los primeros auxilios psicológicos, puede realizarse en cualquier lugar que se necesite. (Slaikeu, 2000; Federación Internacional de la Cruz Roja, 2003; Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba, 2005).

Slaikeu (2000) distingue cinco aspectos básicos de los primeros auxilios psicológicos:

- Primer contacto Psicológico: se refiere a la empatía o sintonización con los sentimientos de la persona durante la crisis. Es una condición previa para cualquier actividad de asistencia. (Slaikeu, 2000; Wainrib y Bloch, 2000; Federación Internacional de la Cruz Roja, 2003). Escuchar de manera atenta y cuidadosa los hechos y la expresión de los sentimientos, se pueden incorporar aspectos reflexivos, para que la persona sepa de manera que se escucha lo que ha dicho. En la desorganización y el trastorno por una crisis, con frecuencia lo novedoso o extraño de la experiencia es la parte que más impacta. La tarea primordial del asistente es escuchar cómo el cliente visualiza su situación y se comunica (Slaikeu, 2000; Federación Internacional de la Cruz Roja, 2003; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, 2006).
- Analizar las dimensiones del problema: se busca conocer cómo se fueron dando los hechos antes, durante y después de la crisis, es decir indagar los sucesos precipitantes, que dieron lugar a la crisis, además, identificar los aspectos por los que una persona o familia no puede enfrentarse a ella. Es en este punto donde se puede revisar de manera breve:
- El funcionamiento BASIC ID Lazarus (2000), que permita pronosticar la correcta o deficiente asimilación del evento así como la integración de éste a la trama del diario vivir, de manera similar se puede saber quién está implicado, qué paso, cuándo y demás puntos que ayuden a observar a detalle las redes de apoyo y de riesgo con que cuenta la persona. Se pone particular énfasis en las fortalezas como en las debilidades de la persona, en el momento de crisis y que pueden actuar como facilitadores del proceso de asimilación del suceso.

- Búsqueda de redes de apoyo: en este paso se evalúa el nivel de mortalidad (en casos de indicios de daño físico), atención a los intentos de daño físico, en ese momento o eventos anteriores, la naturaleza de los planes (suicidio u homicidio), y la buena voluntad para mantener contacto con los otros significantes. Al igual, se busca jerarquizar las necesidades de las personas, priorizando en aquellas para resguardar la vida o la integridad tanto física como psicológica, dado que en la confusión y la desorganización la persona puede tener dificultades para poder priorizar y jerarquizar estas necesidades.
- Análisis de posibles soluciones: una vez identificadas y jerarquizadas las necesidades de la persona, se orienta, según su estado emocional y cognitivo, a que genere sus propias alternativas de solución, y que analice las sugeridas por el asistente, así como otras y, las ordene con base en lo más inmediato y urgente. Se promueve que la persona identifique soluciones anteriores para problemas similares, que a través de la lluvia de ideas la persona busque e identifique alternativas de solución al problema, pudiendo rescatar, quizá aquellas que fueran desechadas antes de siquiera considerarse. El trabajo terapéutico se realiza al promover que la persona observe y analice los posibles obstáculos y soluciones para desarrollar un plan de acción. Se busca alcanzar un consenso entre el asistente y la persona para la aceptación de estas soluciones. A diferencia de aquellos casos, donde por la capacidad de la persona se ve imposibilitada y el asistente tome una actitud directiva, decidiendo los pasos a seguir.
- Ejecución de la acción concreta: en este punto se busca dar el mejor paso próximo, dada la situación, buscando que el paciente haga tanto como sea capaz, excepto en aquellos casos cuando las circunstancias deterioran severamente la capacidad de un paciente para actuar, el consejero toma un papel activo, y aun entonces se hace de manera gradual. (Slaikou, 2000).

Estas actitudes y decisiones se realizarán con base en las características inmediatas de la persona que atraviesa la crisis, el entorno y características propias de la misma, que devendrán en la decisión del asistente para asumir una actitud directiva, donde vaya decidiendo con base en lo más urgente qué es lo mejor para la persona, o más bien tener actitud facilitadora, donde junto al paciente tome la decisión más adecuada que cubra la necesidad más apremiante para el sujeto. Ante la actitud directiva salen a la luz aspectos legales y éticos de la práctica de la intervención en crisis.

- Cualquier acción del consejero debe hacerse dentro de las leyes existentes, estando conscientes de las leyes que se relacionan con su trabajo (asesinato, abuso sexual, maltrato, hospitalización involuntaria).
- Las intervenciones de control ocurren solo después de que todo ha sido deficiente.
- Confidencialidad en cuanto este no encubra alguna falta grave a las leyes de la comunidad (amenaza física a la vida propia o de alguien más).
- Planes de acción donde haya un convenio no necesariamente dicho.
- Seguimiento: es el último paso de la intervención en crisis. (Slaikeu, 2000). El consejero identifica y establece maneras en las que pueda saber el progreso del paciente y mantener el contacto, especificando quién llamará o visitará, así como el tiempo y modo para el contacto. Con este paso se busca determinar si se logró o no los objetivos planteados en la intervención, facilitando así los pasos hacia la resolución de la crisis, o en su proceso de intervención en crisis de segundo orden o terapia para crisis. (Slaikeu,2000; Wainrib y Bloch, 2000; Federación Internacional de la Cruz Roja, 2003; Ministerio de Salud y Asistencia Social de El Salvador, 2006). También se revisa si la solución inmediata fue la adecuada, contrastando las soluciones propuestas con las necesidades encontradas, con esto concluye la responsabilidad del asistente, en caso

contrario se deben reevaluar las dimensiones del problema, así como el estado actual de la persona, continuando el proceso con las posibles soluciones, la acción concreta y el seguimiento.

- Intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis: es un proceso de intervención psicoterapéutico de corto plazo orientado a la resolución de la crisis, se promueve que la persona enfrente la experiencia que generó la crisis (asumiendo y expresando sentimientos y temores) y que, logre un dominio cognoscitivo de la situación y una expresión adecuada de las emociones, de manera que enfrente las situaciones del diario vivir o los eventos imprevistos con mejores recursos. La terapia en crisis requiere de una mayor formación y mayor entrenamiento de quien interviene que el trabajo con los primeros auxilios psicológicos. (Slaikeu, 2000).

Finalmente, en este capítulo se presentan algunas técnicas terapéuticas que pueden ser utilizadas en intervención en crisis o psicoterapia.

3.2.2 Técnicas terapéuticas

Estas técnicas son en su mayoría provenientes de diversos enfoques terapéuticos, más su aplicación no obedece a la toma de postura de un enfoque en particular. Obedecen más bien a la necesidad de seleccionar la técnica más adecuada para la estrategia que habrá de diseñarse para la resolución del problema presentado.

3.2.2.1 Encuadre positivo

Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1991), en su trabajo realizado con las familias con transacción esquizofrénica, recomienda evitar caer en las categorías lingüísticas polarizadas (enfermo-sano, médico-paciente, bueno-malo). Es en este encuadre distinto

a otras escuelas donde los síntomas y comportamientos del paciente se desplazan de modo positivo, dirigiéndolos a un sentido constructivo, ya que la mayor parte de las familias bailan alrededor de una dinámica enfermo-sano. Buscando enaltecer las virtudes y beneficios del síntoma, en pro del bienestar tanto de la familia como del usuario.

3.2.2.2 Reestructuración cognitiva

Es una técnica eficiente cuando se trabaja con ideas irracionales, se identifica por el empleo de frases que incorporan el “debo de” o “tengo que”. La reestructuración cognitiva reorienta el pensamiento hacia aspectos que no habían sido tomados en cuenta anteriormente, provocando en la persona el replanteamiento de dicha premisa o comportamiento, logrando un cambio significativo para la vida interna de la persona. (Caro, 2009; Nardone y Watzlawick, 2007; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata 1991; Boscolo y Bertrando, 2008; Nardone, 2004).

3.2.2.3 Respiración diafragmática o respiración profunda

Es un tipo de respiración que se realiza al respirar usando el diafragma, inhalando lentamente el aire a través de la nariz, a la vez permitir que el abdomen se dilate, y luego expulsar lentamente el aire a través de los labios. Se emplea con frecuencia ante situaciones de estrés y ansiedad. (Wolpe, 1980).

3.2.2.4 Entrenamiento asertivo

Se identifican y ejercitan en el consultorio habilidades sociales y comunicativas, la persona desarrolla estas habilidades en un ambiente protegido y, posteriormente, las implementará en situaciones reales (Fensterheim y Baer, 1976; Wolpe, 1980).

3.2.2.5 Diálogo socrático

A través del diálogo orientado a que la persona identifique el pensamiento irracional y posteriormente cuestione y desafíe este pensamiento para identificar si existen bases que lo generen o modifique su pensamiento al basarse en situaciones más objetivas (Ellis y Grieger, 1990).

3.3 Instrumentos

A continuación, se exponen los principales instrumentos de evaluación empleados en el Centro Clínico de Psicología de la BUAP. El empleo de estas herramientas ha sido útil para: identificar las características de la persona, pareja o familia que acude a consulta, diseñar estrategias de intervención acorde con las características de las personas con las cuales se está trabajando, supervisar (de manera diferida) con un mayor número de elementos de análisis y promover la investigación en el CECLIPSI.

Los instrumentos de evaluación empleados fueron: entrevista semidirigida o semi estructurada, genograma o familiograma y test del árbol de Koch.

3.3.1 Genograma

Se emplean símbolos específicos para registrar información acerca de los miembros de la familia tanto nuclear como extensa, las relaciones que establecen y los

eventos significativos que haya vivido la familia (McGoldrick y Gerson, 2008; Goñalons, 2006). La información obtenida es útil ya que logra una organización visual de las interacciones, alianzas, antecedentes tanto médicos como legales, uso de drogas, separaciones, divorcios y en general el mapa donde se registra la dinámica del grupo familiar, además de cómo la familia va evolucionando a lo largo del tiempo. (McGoldrick y Gerson, 2008; Goñalons, 2006).

En terapia familiar los genogramas ayudan al terapeuta a encontrar pautas de comportamientos usados a través del tiempo – espacio, dejando en claro no solo su estructura y funcionamiento, sino también las huellas emocionales dejadas tras las crisis y eventos dentro de la trama familiar, así como a generar hipótesis sobre los gráficos y la información recabada. (McGoldrick y Gerson, 2008; Goñalons, 2006).

Al estudiar el sistema familiar desde el punto de vista histórico y evaluar previas transiciones de ciclos vitales, se pueden situar las cuestiones actuales en cuanto al funcionamiento de normas que han ido integrándose o desechándose, según el ciclo vital de la familia (McGoldrick y Gerson, 2008) por lo que, es importante incluir a las generaciones que estén inmiscuidas en la trama familiar cotidiana y tengan algún tipo de relación con el paciente identificado.

Aunque no hay un método establecido para la construcción del genograma, esto permite su flexibilidad y fácil lectura para quien lo consulte. (McGoldrick y Gerson, 2008; Goñalons, 2006).

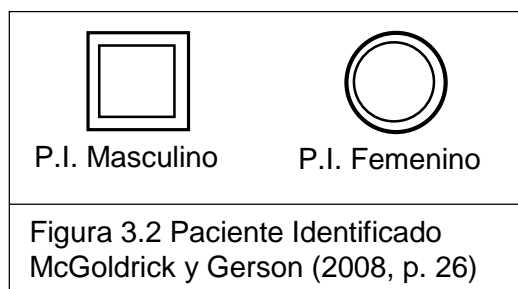
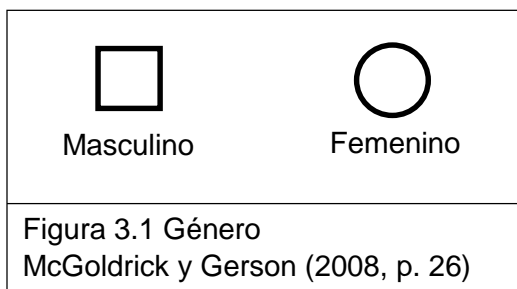
El genograma se construye en 3 niveles: (McGoldrick y Gerson, 2008).

- En un primer nivel se trazan la estructura familiar en general, es decir se colocan en escena todos los actores tanto de la familia nuclear (incluyendo al paciente identificado),

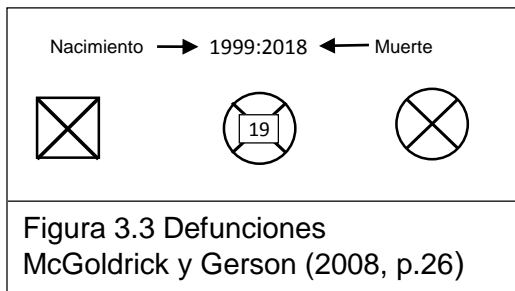
como a la familia extensa, así como también las personas relacionadas, directa o indirectamente con el problema (médicos, policías, trabajadores sociales, etcétera).

- En un segundo nivel se registra la información sobre la familia es decir edades, ocupaciones, nacimientos, fallecimientos, escolaridades y, aquella información demográfica importante.
- El tercer nivel es el delineado de las relaciones familiares. Es en este nivel donde se ordena la estructura y el funcionamiento del grupo familiar en general, se identifican y grafican relaciones, alianzas, conflictos, transiciones, crisis, fracasos, éxitos, comportamientos, enfermedades, que le brindan el sentido de continuidad histórica a la familia. Además, brinda un panorama completo sobre el funcionamiento en las diferentes generaciones que existen en la familia.

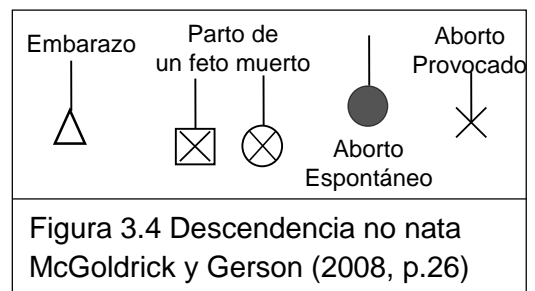
McGoldrick y Gerson (2008) proponen la nomenclatura universal para la identificación y construcción del genograma, sin embargo, se pueden agregar símbolos de acuerdo a las necesidades del terapeuta y de la entrevista, dejando como base la siguiente simbología:



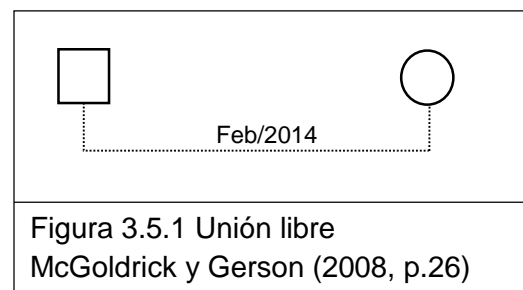
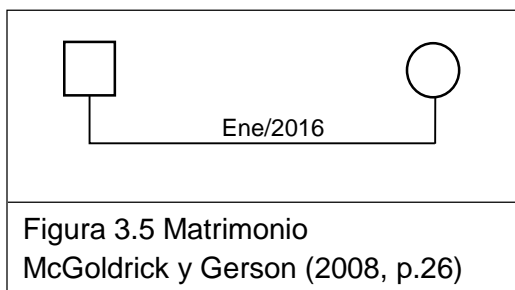
Se comienza por el lado izquierdo en donde se coloca la figura masculina, y a la derecha la femenina. Más adelante se explicará cada una de sus conexiones y relaciones. El paciente identificado se señalará con un doble cuadro o círculo, según sea su sexo.



Para las defunciones se coloca la causa de la defunción, ya sea con fecha o solo con el año, para una posterior observación a detalle.

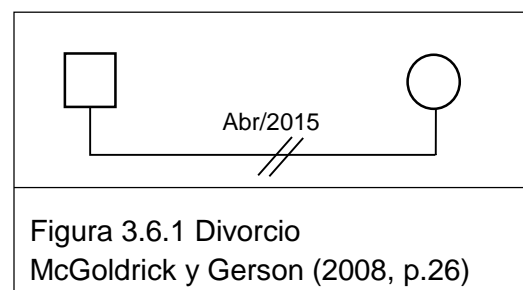
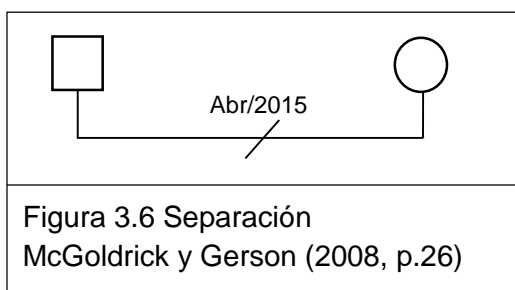


Para graficar los lazos existentes entre miembros de una familia, se representa por líneas que siguen su unión legal. Como se mencionó anteriormente a la izquierda se ve la figura masculina y a la derecha la femenina. En la línea se registra el año en que contrajeron nupcias.

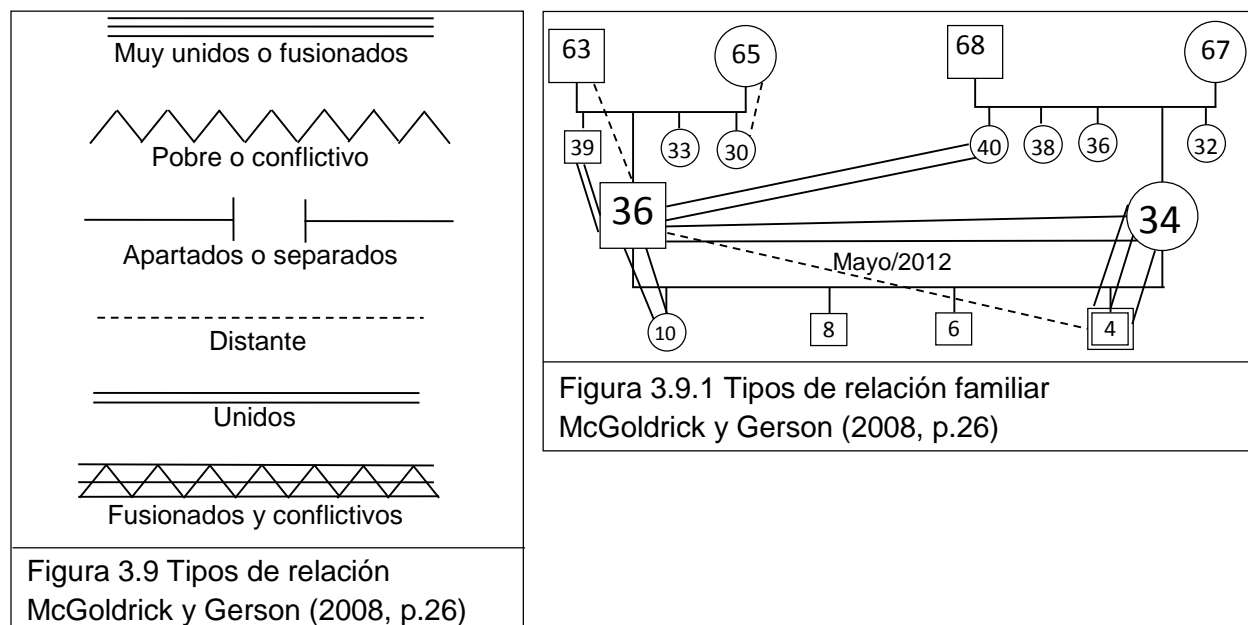


Para las relaciones en unión libre se simbolizan por una línea punteada, y la fecha en que comenzaron a convivir juntos.

En caso de una pareja separada, esta se representa con una línea inclinada, indicando la fecha de tal evento. Y para una pareja divorciada se utilizan dos líneas diagonales, anotando la fecha de dicho cambio.



Las relaciones existentes entre familiares, se trazan con base en el tipo de comunicación existente entre sus miembros. (Figuras 3.9 y 3.9.1).



Una vez que se ha registrado toda información importante para la comprensión del sistema familiar, se comienza a elaborar hipótesis, analizar la información proporcionada y reflejada en el genograma, las estrategias de trabajo pueden ser modificadas a lo largo de la intervención terapéutica, mostrando su confiabilidad en cuanto a la información que proporciona. (McGoldrick y Gerson, 2008).

Para la interpretación cuidadosa del genograma, se utilizan según McGoldrick y Gerson (2008), cinco aspectos desde las cuales se puede observar a la familia:

- a) Desde su estructura, donde se pueden conocer la organización hecha a partir de características propias de la familia. Sus carencias, fortalezas y debilidades, que hacen de su estructura única en sí.

- b) Su adaptación al ciclo vital, se puede ver cómo es la flexibilidad o la rigidez de la familia, a través de su ciclo vital en la que los puntos nodales, o crisis van permeando en la familia, obligándola a reformular normas, criterios y funciones de todo el sistema en general en la que los atascos o dificultades ayudan a formular hipótesis en que algo impide la adaptación a su nueva situación. (McGoldrick y Gerson, 2008; Slaikeu, 2000).
- c) Repetición de pautas a través de las generaciones, permite descubrir y predecir, aquellas funciones, roles y constantes (enfermedades, drogas, problemas legales, algún tipo de “coincidencia”), que se dan en diferentes generaciones, saltando a la luz patrones de comportamiento que sobreviven al espacio y tiempo, que en muchas ocasiones coinciden con el antes o el después de puntos nodales del ciclo de vida de la familia. (McGoldrick y Gerson, 2008).
- d) Sucesos de la vida y funcionamiento familiar, bajo este foco salen a luz aspectos como relaciones directa o indirectamente entre los sucesos críticos que han sucedido dentro de la familia, y su reorganización alrededor de estos eventos, lo que permite indagar los detalles, y lleva a encontrar pautas emocionales, haciendo que la asociación de hechos pueda desencadenar el desarrollo de pautas de comportamiento familiares (McGoldrick y Gerson, 2008).
- e) Pautas vinculares y triángulos, en este punto es posible identificar alianzas y coaliciones en relación al otro, entre los integrantes de la familia ya sea nuclear o extendida, es este punto donde convergen todos los aspectos de la teoría de los sistemas, para comprender la complejidad de las alianzas y triangulaciones, que se puede encontrar en los genogramas más complejos (McGoldrick y Gerson, 2008; Haley, 2008).

3.3.2 Test del árbol de Koch

Este instrumento de evaluación de la personalidad, tuvo sus orígenes en 1928 cuando Emil Jucker lo utiliza como medio auxiliar de psicodiagnóstico en su quehacer como asesor de orientación profesional en Alemania. Tomando como base la interpretación intuitiva de la prueba, Koch toma y perfecciona el instrumento al encontrar similitudes interpretativas, formando así una técnica operativa y metodológica de la prueba, logrando con ello una interpretación más certera, lo que representaría evaluaciones con menos desgaste mental al emplear menos tiempo en la interpretación de los mismos. (Koch, 1962).

Actualmente, se usa para evaluar aquellos aspectos de la personalidad de las personas que, debido a las diferentes circunstancias de la vida, se encuentran en situaciones que les hacen sufrir o necesitar de algún tipo de intervención (Stora, 1980).

El árbol es el portador de la proyección que evoca en el dibujo fenómenos expresivos de formación subjetiva, imágenes, que se funden con el objeto (Koch, 1962). Es decir, mediante el dibujo del árbol, la persona se proyecta a sí misma, el árbol es el vehículo mediante el cual, la personalidad básica sale a la luz, mediante un objeto que puede disminuir su tensión en cuanto dejar al observador conocer aquellos aspectos que hacen a la persona ser como es.

Para el análisis del dibujo del árbol es menester considerar que un solo signo o trazo no basta para extraer una conclusión, sino que es la presencia de varios y determinados trazos para poder orientarse hacia tal o cual diagnóstico (Stora, 1980).

El método que se sigue en el Centro Clínico de Psicología de la BUAP, es emplear el test del árbol de Koch como instrumento psicoterapéutico que se emplea en la sesión compartiendo con el usuario las hipótesis que este confirma o rechaza.

Los elementos que se requieren para la aplicación de este test son: un lápiz del número 2, una hoja tamaño carta y una goma.

Aplicación: se entrega la hoja tamaño carta en forma vertical, y se pide que dibuje un árbol que tenga raíz, tronco y ramas, follaje o copa, se evita cualquier comentario en ese momento. En la sesión siguiente se comparte con el usuario el análisis del test para que éste valide o rechace esas hipótesis. Esta prueba se puede emplear varias veces con una misma persona en diferentes sesiones. (Stora, 1980; Koch, 1962; Hammer, 1969; Buck, 1980; Portuondo, 2012; Querol, 2005).

De forma particular, tanto Koch (1962) como Stora (1980;) agregan los siguientes aspectos para interpretar el árbol: raíces, tronco, ramas, follaje, hojas, frutos y aspectos extras agregados al dibujo (sol, luna, nidos, pájaros).

3.3.3 Entrevista

Para obtener la información adecuada, que permita planear y estructurar la estrategia terapéutica más adecuada, la entrevista es la herramienta necesaria para cumplir este objetivo. Al terapeuta le corresponde definir con claridad el problema presentado, a fin de encarar con un proyecto de terapia, con base en estrategias, tácticas y técnicas el problema que está afectando al usuario. (Haley, 2008; Nardone y Watzlawick 2003; Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2015; Fisch, Weakland y Segal, 2003).

Es necesario que la mayoría de los problemas humanos se estudien en su contexto, en sus diferentes esferas (familiar, escolar, laboral, de pareja, fraternal, comunitario), si se considera el enfoque centrado no solo en el sujeto si no en sus interacciones inmediatas, permite abrir todo un abanico de interacciones y

comunicaciones, que modelan el comportamiento del sujeto. (Haley, 2008; Nardone y Watzlawick, 2003; Madanes, 2007; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991). En estas transacciones comunicativas intervienen también aquellos profesionales (incluyendo al terapeuta que atiende al caso), que definieron el problema presentado, logrando enraizarla más, o comenzar a solucionarla desde la presentación de la misma. (Haley, 2008; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991; Nardone y Watzlawick, 2003; Nardone, 2004; Madanes, 2007).

El terapeuta se ubica como instrumento integrado al sistema familiar, donde debe ser consciente de los juegos y alianzas en que puede participar, siempre con miras a modificar el sistema familiar desde dentro, logrando que el sistema familiar abandone la necesidad de funciones malsanas que lo llevaron al lugar en donde se encuentra, logrando atacar el problema desde varios frentes para la pronta y breve resolución del problema. (Haley, 2008; Nardone y Watzlawick, 2003; Cade y O' Hanlon, 1995; Madanes, 2007).

Para lograr este fin, el terapeuta debe entrenar y encausar la primera entrevista, a fin de que desde la primera sesión comience a dirigirse hacia la resolución del problema sin que este reaparezca en otros síntomas, o en algún otro miembro de la familia. (Haley, 2008; Nardone, 2003; Nardone y Watzlawick, 2003; Madanes, 2007).

El terapeuta requiere habilidad para adaptarse a las diferentes problemáticas humanas y el cómo abordarlas, es decir adquirir un enfoque flexible y moldeable, pensar que el usuario que tiene enfrente tiene características sociales únicas, lo que requiere una terapia que se amolde a esos requerimientos únicos repitiendo lo que ha funcionado, e incorporando nuevas formas de abordar el mismo problema, ya que el acto terapéutico comienza en la manera de examinar el problema. (Haley, 2008).

Una entrevista puede iniciarse tan solo con una persona, o con todo el grupo familiar, cuidando en todo momento la imparcialidad en cuanto a los miembros de la familia. (Haley, 2008; Boscolo y Bertrando, 2008; Fisch, Weakland y Segal, 2003).

La primera entrevista según Haley (2008) se divide en cuatro etapas:

a) Etapa social, después de agendar una cita y recoger los datos necesarios de la solicitud de terapia, se cita al grupo familiar o a la persona solicitante. En esta etapa se busca generar el rapport, disminuir la tensión y el nerviosismo propio de la primera sesión, puede ser al hablar de algún tema trivial que ayude a la persona a entablar confianza con el terapeuta disminuyendo su estrés, en esta etapa se observa toda situación que pueda arrojar información útil sobre la persona o la familia (preferencias de contacto, estado de ánimo, vestimenta, uso del espacio, entre otros).

b) Planteamiento del problema, se pregunta el motivo por el que han concurrido a terapia, pudiendo usar preguntas del estilo ¿En qué puedo serles útil? o ¿Qué es lo que los ha traído a este lugar? Ahora se puede escuchar con atención la dificultad o problema que empiezan a describir, reservando cualquier interpretación o comentario salvo en aquellos puntos que no queden claros, mientras el relato sobre el problema continúa, el terapeuta debe ir alentando las opiniones y perspectivas que tienen sobre el problema cada uno de los integrantes de la familia. Estas y otras observaciones sobre la manera en que dan su perspectiva, hacen surgir la estructura y funcionamiento de la familia en general, y el trato que tomará con cada uno de ellos, hablando así su mismo idioma.

c) Interacción, a estas alturas de la entrevista, se busca pasar de la explicación y definición del problema, a la puesta en escena del mismo, es decir en desmenuzar el problema, al actuar el problema se identifica con detalle quienes son los actores antes de que se dé el problema, que hace cada uno de estos actores, que conlleva al

surgimiento de la problemática. Esto lleva al conflicto en sí, donde se pone énfasis en la manera en que cada actor trata de solucionarlo, llevándolo cada vez más a la imposibilidad de resolverlo.

d) Definición de cambios deseados, en este punto surgen los cambios necesarios que pueden cambiar el círculo vicioso y comunicacional en el que se encuentra la familia, esto es posible si se identifican las pautas comunicacionales y de comportamiento que dan como resultado la puntuación de secuencia de hechos, estableciendo en qué punto cambiar el tipo de interacción y comunicación que ayude a la familia a entablar otro tipo de círculo comunicacional más saludable (Haley, 2008; Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002).

e) Conclusión de la entrevista, en la primera sesión donde se tiene contacto con la familia, se requiere identificar cuál es el problema, los principales actores que mantienen el problema o son parte de él, para esto quizá sea necesario llamar a algún miembro de la familia que vive fuera del hogar, que es importante para la terapia. También es posible dejar alguna actividad sencilla para que la familia comience a trabajar la problemática que presenta.

Aunado al trabajo con la familia, la responsabilidad con el sujeto se retoma dentro del quehacer terapéutico dado que la mayoría de las consultas psicoterapéuticas han sido de manera individual, debido a la dificultad en algunos casos de traer a toda la familia, se ha aceptado al sujeto como instrumento de cambio familiar, que posibilita de manera indirecta el cambio en la familia nuclear. (Boscolo y Bertrando, 2008).

Aunque es similar el tipo de trabajo que se realiza con la familia y el individuo, se diferencia en los puntos a observar en cada sujeto, es obvio que en el individuo se pone

atención al mundo interior del sujeto y cómo este se entrelaza con el mundo externo en donde se desenvuelve. (Boscolo y Bertrando, 2008).

El terapeuta debe tener la habilidad para realizar la pregunta correcta en el momento adecuado, lo que permite establecer el tipo de lazos y de relaciones que establece la persona en cada esfera de su vida (laboral, familiar, de pareja, etc.), para que, a partir de este punto se exploren los significados que el sujeto atribuye a cada tipo de relación, para poder así encontrar los puntos nodales que causan conflicto y cómo es que estos se construyen, para comenzar a resolverlos. (Boscolo y Bertrando, 2008).

CAPITULO IV

RESULTADOS

La presentación de los resultados se realiza en dos direcciones, en la primera de ellas se describen cinco centros de formación del (la) psicoterapeuta; pertenecientes a cinco universidades públicas de México, en una segunda dirección se habla sobre el Centro Clínico de Psicología (CECLIPSI) de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, incluyendo los aportes de investigación psicológica en materia de salud y desarrollo contribuido por el CECLIPSI. Finalizando con la presentación de los resultados del trabajo realizado en el periodo de formación del año 2013.

4.1 Centros de supervisión y formación en México

4.1.1 Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (UAEM)

El Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (CESPI) es un centro dependiente de la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México, donde se da atención a población en situación vulnerable, en el cual participan profesionales en psicología, trabajo social y neurología a nivel preventivo, de intervención y seguimiento (Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX, 2017).

Brinda apoyo psicológico desde niños hasta adultos mayores, se atienden diversos aspectos: orientación vocacional, atención a las conductas suicidas, problemas de aprendizaje, además, se realiza una evaluación interdisciplinaria ya que cuenta con laboratorios de neuropsicología, electroencefalograma y psicología experimental. (Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX, 2017).

Entre las funciones de este centro se encuentran:

- Dar seguimiento al funcionamiento de cada uno de los programas de atención que ofrece el CESPI.
- Supervisar el programa de capacitación de estudiantes de servicio social y estancia integrativa.
- Organizar, coordinar y difundir eventos de los servicios que oferta el CESPI a la comunidad.
- Establecer relaciones con los múltiples medios de comunicación social, a fin de divulgar las actividades y servicios, proyectando y fortaleciendo al CESPI y a la Facultad.
- Gestionar la obtención y asignación de los recursos necesarios para el desempeño eficaz del personal del centro de atención.
- Gestionar ante las instancias pertinentes la capacitación integral y continua en materia de psicología, trabajo social y administración a todos y cada uno de los que integran el Centro.
- Coordinar y supervisar los programas de trabajo de pre-consulta, trabajo social y de terapia psicológica, con la finalidad de asegurar la eficacia individual y grupal.
- Generar, revisar y someter a consideración de la Dirección los reportes e información que se remite periódicamente, así como la relativa al avance de sus actividades incorporadas en el Programa Operativo Anual (POA) y Plan de Desarrollo.
- Atender las actividades de operación y mantenimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad que tenga bajo su responsabilidad. (Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX, 2017).

Sus terapeutas se encuentran en actualización constante en temas de especialidad y bajo estándares de calidad, con la finalidad de dar respuesta a circunstancias como la pérdida de un ser querido, efectos de contingencias naturales y

actos violentos como el secuestro, la tortura o intentos de suicidio. (CESPI de UAEM celebró XXVII aniversario, 2018).

4.1.1.1 Resultados en números

Los resultados del CESPI se describen en evolución de atención, señalando en primer lugar los años del 2007 al 2010, seguidos por los años del 2015 al 2018, para ser visible el impacto de estos centros en la comunidad que los alberga.

| Tabla 4.1 Resultados CESPI 2007 - 2010 | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | TOTAL |
| Consulta psicoterapéutica | 2,438 | 2,198 | 3,504 | 2,818 | 10,958 |
| Electroencefalograma | 85 | 116 | 85 | 52 | 338 |
| Estudio socioeconómico | 518 | 346 | 373 | 284 | 1521 |
| Conferencias y Talleres | 24 | 20 | 11 | 15 | 70 |
| Entrevistas a medios comunicativos | 4 | 7 | 10 | 25 | 46 |
| Difusión | 2 | 4 | 4 | 2 | 12 |
| Alumnos en formación | 91 | 91 | 47 | 47 | 276 |
| Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX (2010) pp. 84. | | | | | |

| Tabla 4.2 Conferencias y Talleres CESPI 2009 - 2010 | |
|---|--|
| “Estrés en niños de preescolar” | “La sexualidad en el adolescente” |
| “Paz y no violencia” | “Higiene personal” |
| “Adicciones” | “Sexualidad” |
| “Nutrición” | “Amor y familia” |
| “Déficit de Atención” | “Consecuencias psicológicas en el consumo de drogas” |
| Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX (2011) pp. 32. | |

| Tabla 4.3 Resultados CESPI 2015 - 2018 | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|--------|
| ACTIVIDAD | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL |
| Consulta psicoterapéutica | 3,632 | 4,455 | 2,170 | 5,059 | 15,316 |
| Electroencefalograma | 436 | 321 | 113 | 928 | 1,798 |
| Estudio socioeconómico | 580 | 653 | 244 | 569 | 2,046 |
| Conferencias y Talleres | 9 | 3 | 1 | 1 | 14 |
| Entrevistas a medios comunicativos | 4 | 3 | 9 | 25 | 41 |
| Difusión | 6 | 9 | 4 | 12 | 31 |
| Alumnos en formación | 121 | 121 | 118 | 125 | 485 |
| Facultad de Ciencia de la Conducta UAEMEX (2015, 2016, 2017b, 2018). | | | | | |

| Tabla 4.4 Conferencias y Talleres CESPI 2015 - 2018 | |
|---|---|
| “Primero Foro de Prevención del suicidio” (2016) | Taller de Intervención en crisis vía telefónica (2015) |
| “Perspectiva de género y prevención de conductas de riesgo” (2015) | “Psicometría y Evaluación Psicológica” (2015) |
| “Autocuidado y Coaching emocional” (2016) | “Segundo foro de prevención del suicidio” (2017) |
| “Diagnóstico para la atención y prevención del Síndrome de desgaste profesional por empatía” (2015) | “Tercer foro de prevención del suicidio” (2018) |
| “Taller de autocuidado” (2015) | “Sesiones de terapia individual para servidores públicos” (2015) |
| “Prevención de la violencia contra mujeres con especialidad en violencia sexual” (2015) | Diplomado “Atención y Evaluación de Violencia Sexual y Familiar” (2016) |
| “Desarrollo humano, sexualidad y nuevas masculinidades” (2015) | “Prevención de adicciones en mujeres, con perspectiva de género” (2015) |
| Facultad de Ciencia de la Conducta UAEMEX (2015, 2016, 2017b, 2018). | |

4.1.2 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (UNAM)

Centro dependiente de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Este es uno de los diversos centros de atención que ofrece la UNAM a su comunidad, donde destacan la atención de adicciones, atención a necesidades educativas, y desarrollo comunitario. Los cinco centros y cuatro programas que integran la Coordinación se distinguen por el trabajo que realizan para garantizar la

calidad en el servicio de formación de estudiantes que ofrecen. (Fundación UNAM, 2019; Facultad de Psicología; 2017; UNAM, 2014).

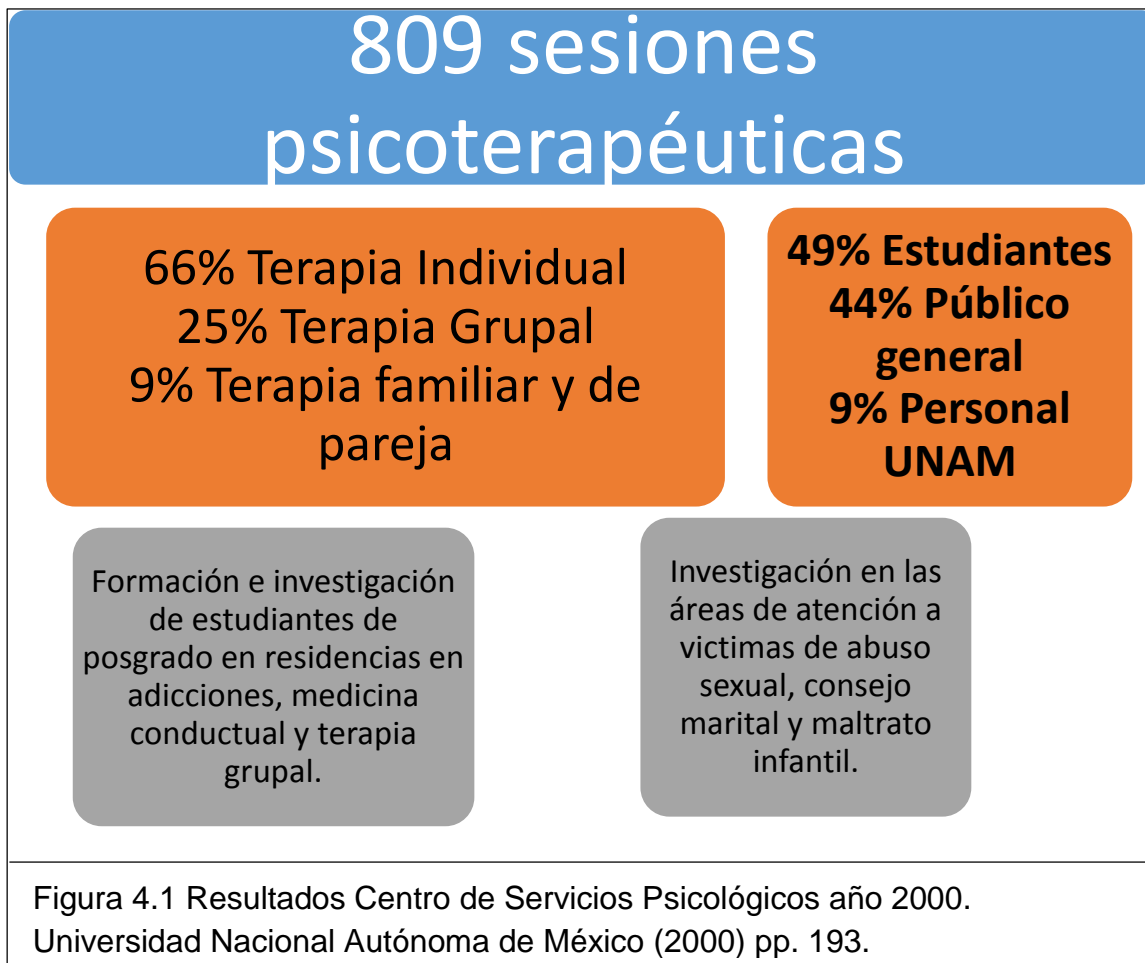
El Centro ofrece a sus estudiantes una formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios superiores y posgrado. Mediante una enseñanza práctica y supervisión directa. Este centro tiene como objetivo ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación. Ofrece servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social. (Fundación UNAM, 2019; Facultad de Psicología, 2017; UNAM, 2014).

Brinda a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar capacidades y habilidades profesionales; al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relacionada con: evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teóricos – metodológicos de la psicología basada en evidencia–, permite la aplicación de los conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario. (Fundación UNAM, 2019, Facultad de Psicología UNAM, 2017).

Entre los servicios que ofrece se encuentra: la atención al desarrollo infantil, de las emociones, desarrollo de habilidades sociales, manejo de situaciones de crisis y atención al desarrollo de habilidades parentales. (Fundación UNAM; 2019, Facultad de Psicología UNAM 2017; UNAM, 2014).

4.1.3.1 Resultados en números

Los resultados se muestran en dos bloques, en un primer bloquen se señalan los resultados correspondientes del año 2000 al 2004, seguidos por los resultados correspondientes del año 2014 al 2018, con base en los informes de actividades anuales presentados ante la dirección de planeación de la UNAM.





1,212 sesiones psicoterapéuticas

397 por Trastornos Afectivos
383 por Trastornos Neuróticos
267 por Trastornos de Conducta
32 por Consumos de Sustancias**
266 por Situaciones en Familia

27 Trastornos alimenticios.
55 Trastornos del Desarrollo.
159 Personas atendidas
vía telefónica.
23 Personas atendidas vía
correo electrónico.

10 Casos en Terapia Sexual.*
12 Casos de
Disfunción Sexual.*
1 Caso de Disforia Sexual.*
15 Casos vía telefónica.*

22 Asesorías y
Orientación Preventiva
en Adicciones. **
22 Casos de Adicción
atendidas vía telefónica.**

Programa de
Sexualidad Humana.*
Programa de Conducta
Adictiva. **

Figura 4.4 Resultados Centro de Servicios Psicológicos año 2003.
Universidad Nacional Autónoma de México (2003) pp. 241.

1,465 sesiones psicoterapéuticas

673 por Trastornos Neuróticos
286 por Trastornos de Conducta
252 por Trastornos Afectivos
13 por Consumos de Sustancias*
191 por Situaciones en Familia

50 Trastornos alimenticios.
156 servicios de
Prevención, orientación y
tratamiento de conductas
adictivas a estudiantes y
trabajadores de la UNAM.*

52 casos UNAM detectados.*
39 Asesorías y Orientación
Preventiva en Adicciones.*
32 Servicios Vía Telefónica.*

19 casos atendidos en
Terapia Sexual.**
9 en Atención Terapéutica.**
6 casos de Disfunción
Sexual.**
1 de Disforia Sexual y 3
Orientaciones Telefónicas.**

Programa de Conducta
Adictiva.*
Programa de
Sexualidad Humana.**

Figura 4.5 Resultados Centro de Servicios Psicológicos año 2004.
Universidad Nacional Autónoma de México (2004) pp. 264 – 265.

3,458 Personas Atendidas

12,480 Personas en Actividades de Información y Difusión.
3,168 personas en Servicios Preventivos (Cursos, Talleres, Coloquios, Pláticas, Conferencias, Grupos de Reflexión o Cine Debates)

2,628 Primer Contacto.
830 en Tratamiento Terapéutico, Conductual, Emocional, Adicciones o Salud Física.

Programa de Sexualidad Humana:
40 Personas en Primer Contacto y Evaluación.
34 en Tratamiento.

Servicios Preventivos, Difusión y Extensión de Sexualidad Humana y Conductas Adictivas: 4,968 Personas beneficiadas.

Programa de Conductas Adictivas:
49 Personas en Primer Contacto y Evaluación.
22 en Tratamiento

Figura 4.6 Resultados Centro de Servicios Psicológicos año 2014.
Universidad Nacional Autónoma de México (2014) pp. 16 – 17.

3,348 Personas Atendidas

17,090 Personas en Actividades de Información y Difusión.
2,612 personas en Servicios Preventivos (Cursos, Talleres, Coloquios, Pláticas, Conferencias, Grupos de Reflexión o Cine Debates)

2,250 Primer Contacto.
798 en Tratamiento Terapéutico, Conductual, Emocional, Adicciones o Salud Física.

Programa de Sexualidad Humana:
50 en Tratamiento.
Servicio Psicopedagógico:
210 Casos.

Servicios Preventivos, Difusión y Extensión de Sexualidad Humana y Conductas Adictivas: 9,414 Personas beneficiadas.

Programa de Conductas Adictivas:
63 Personas en Primer Contacto y Evaluación.
24 en Tratamiento

Figura 4.7 Resultados Centro de Servicios Psicológicos año 2015.
Universidad Nacional Autónoma de México (2015) pp. 21 – 22.

452 Alumnos Formados

208 Alumnos de Licenciatura.
154 Alumnos de Maestría y Doctorado.
90 alumnos de especialidad.

1,930 Personas
atendidas en
Servicios
Preventivos.

Recertificación
ISO 9001: 2008

Los procesos educativos
certificados permiten
contar con registros y
evidencia del aprendizaje
de las competencias que
adquieren los alumnos a
través de la práctica
supervisada.

Remodelación de
la Infraestructura
del Centro

Figura 4.8 Resultados Centro de Servicios Psicológicos año 2016.
Facultad de Psicología UNAM (2016) pp. 22, 45, 47, 131, 133.

1,076 Personas atendidas

210 Casos de Depresión.
88 Casos de Trastornos de Desarrollo
61 Casos de Consumo de Sustancias
44 Casos de Autolesión/Suicidio

103 Casos de Ansiedad
165 Problemas de
Interacción
117 Problemas emocionales
214 Otros

27 Casos en
Terapia Sexual
47 Casos de
Violencia/Abuso

59 Alumnos Supervisados.
Implementación de la
homologación de los
Procesos de los Centros de
Formación y Supervisión.

Plataforma Digital para
Canalizar Usuarios al
Centro más adecuado
Registro de alumnos al
programa, en que se
Evalúan sus competencias

Figura 4.9 Resultados Centro de Servicios Psicológicos año 2017.
Facultad de Psicología UNAM (2018) pp. 192.



4.1.3 Centros de Intervención y Servicios Psicológicos (UAZ)

El Centro de Intervención y Servicios fue fundado en 1992, depende de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, ponen al servicio de la población más desprotegida y público en general, los Centros de Intervención y Servicios Psicológicos (CISP).

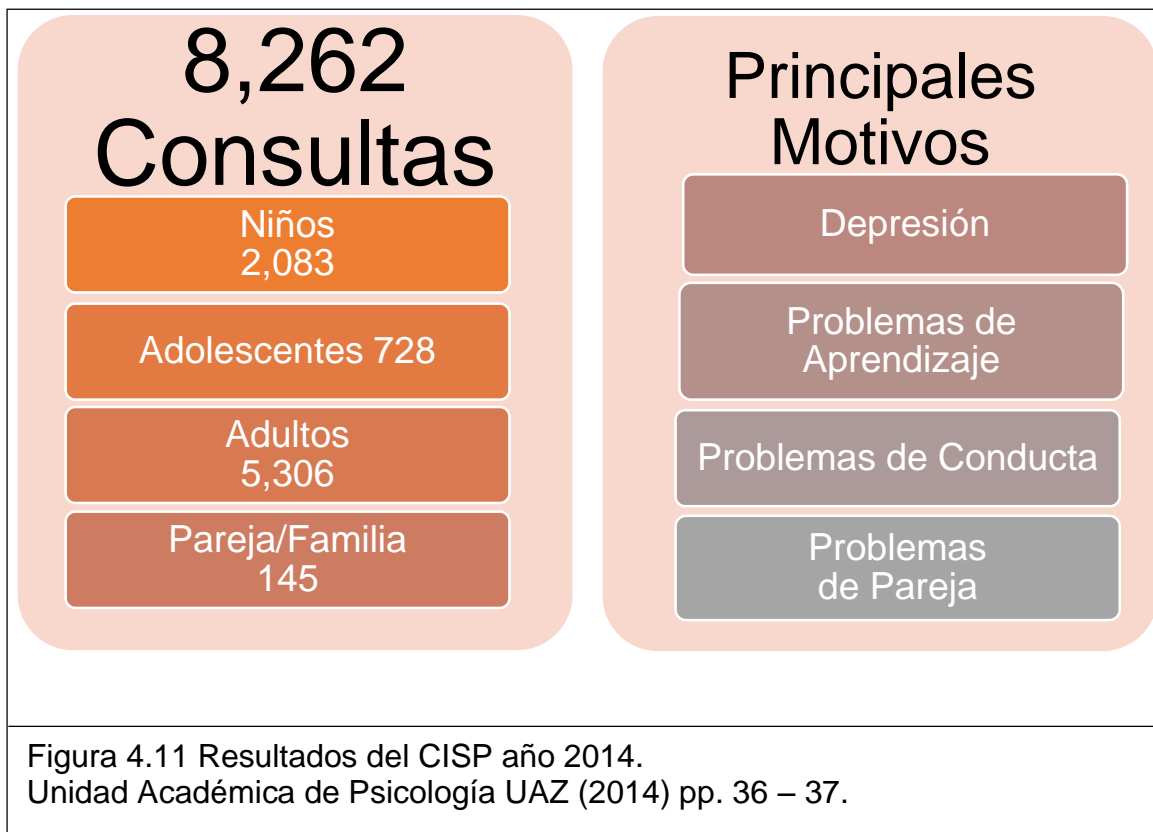
El objetivo de los CIPS es extender entre la sociedad los servicios del psicólogo con calidad y calidez a toda persona que lo solicite, con cuotas de recuperación accesibles, para trabajar con los sectores más afectados de la comunidad; buscan incidir en la problemática psicológica y mejoramiento de la sociedad zacatecana a través de la ubicación de 10 centros en lugares estratégicos para la población. Ya que algunas clínicas funcionan a través de convenios de colaboración con municipios. (Unidad Académica de Psicología UAZ, 2017b).

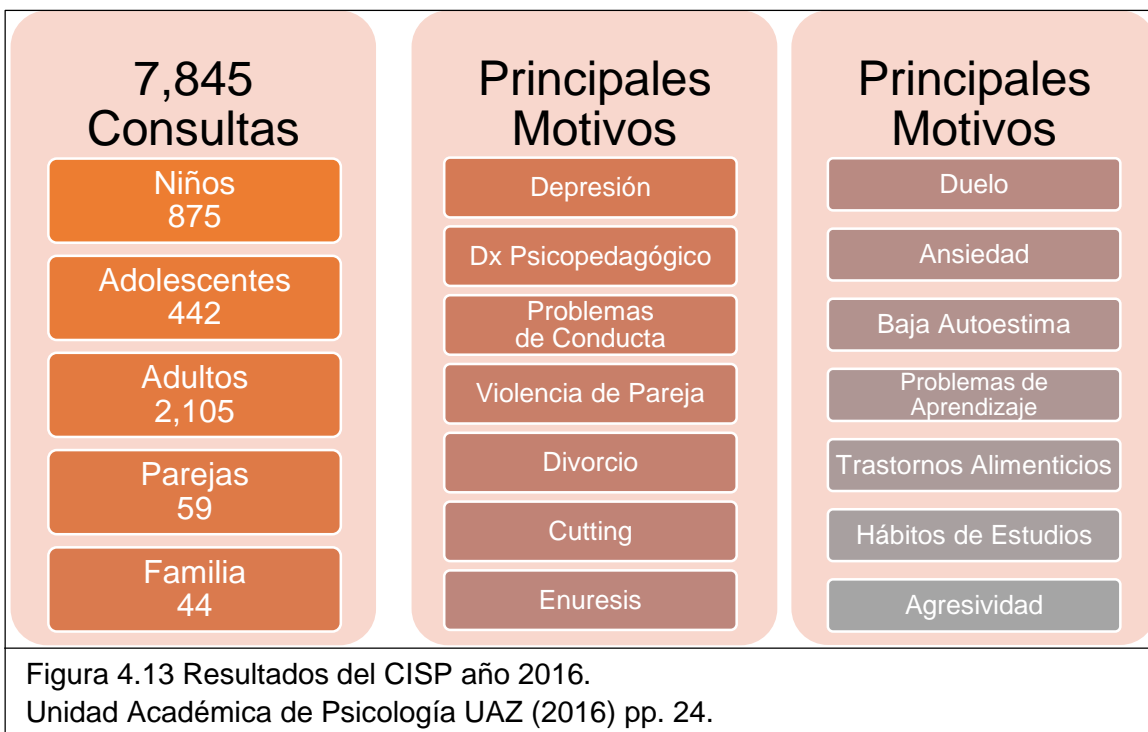
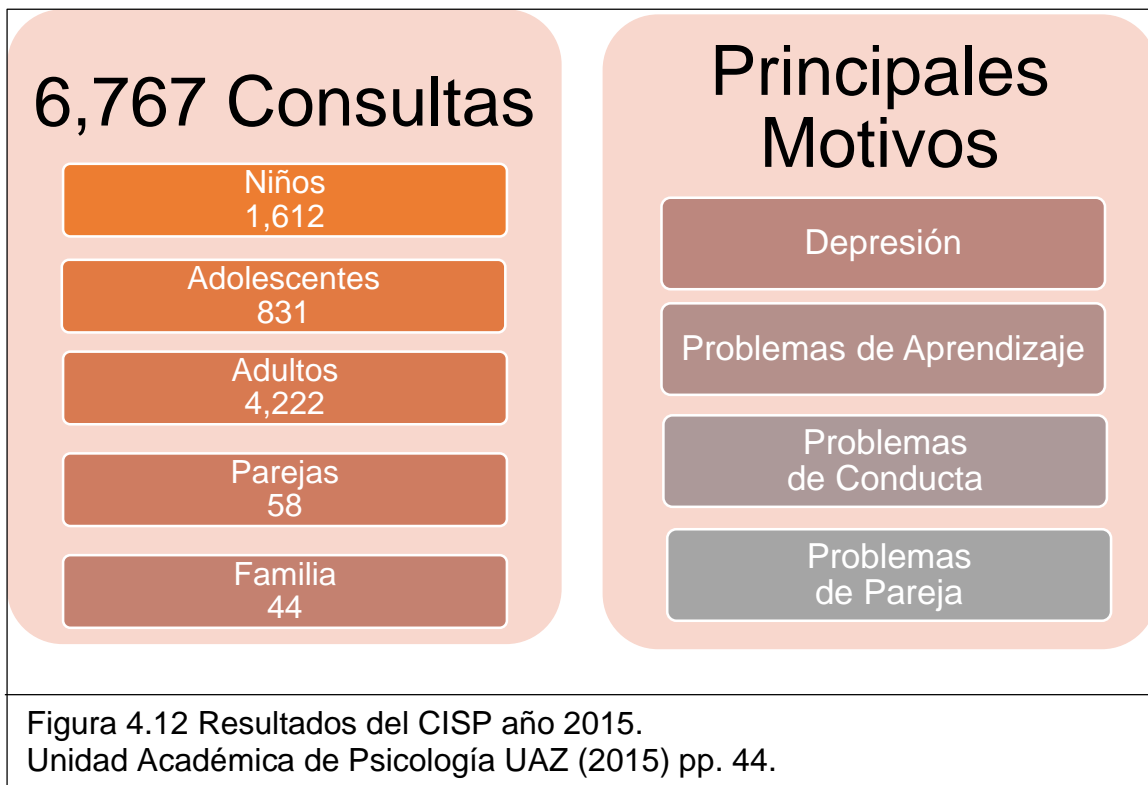
Los servicios ofertados para la comunidad son:

- Atención psicológica clínica y educativa.
- Cursos de sensibilización.
- Prevención y capacitación.
- Rendimiento escolar.
- Hábitos de estudio y orientación vocacional.
- Problemas de conducta.
- Estimulación temprana. (Unidad Académica de Psicología, 2017b)

4.1.3.1 Resultado en números

Los resultados mostrados abarcan desde el año 2014 al año 2018 con base en los informes anuales de la Unidad Académica de Psicología, y son los siguientes:





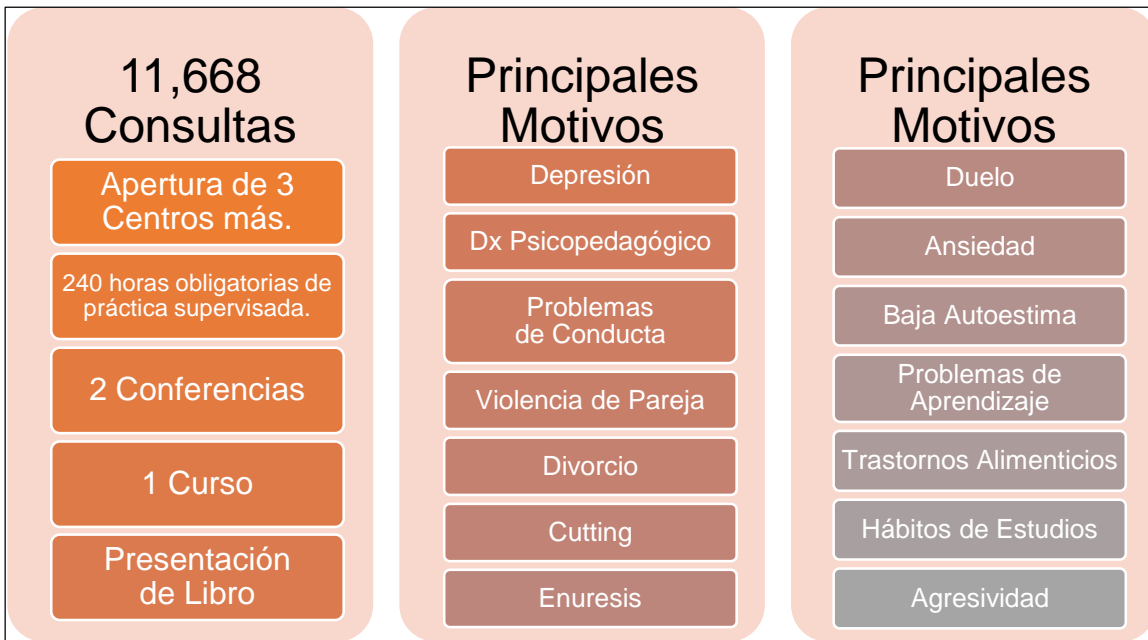


Figura 4.14 Resultados del CISP año 2017.
 Unidad Académica de Psicología UAZ (2017) pp. 32 – 35.



Figura 4.15 Resultados del CISP año 2018.
 Unidad Académica de Psicología UAZ (2018) pp. 46.

4.1.4 Centro de Psicología Aplicada (UJAT)

El Centro de Psicología Aplicada (CPA) es un centro de servicios en psicología incorporado a la Coordinación de la Licenciatura en Psicología, de la Dirección Académica de Ciencias de la Salud, perteneciente a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco que en conjunto con el centro odontológico y el centro clínico de salud, refuerzan el compromiso social con la sociedad tabasqueña (Dirección Académica de Ciencias de la Salud, UJAT, 2018b)

Es atendido por un psicólogo y un equipo de prestadores de servicio social y práctica profesional; cuyo objetivo principal es brindar servicios de psicología de alta calidad a la comunidad universitaria y al público en general. El objetivo de dicho centro es brindar servicios de Psicología de alta calidad a la comunidad universitaria y al público en general; ya que este es un centro que permite a los estudiantes ejercitarse en todas las actividades propias de la Psicología, desde el manejo de entrevistas, la administración, calificación e interpretación de instrumentos psicométricos, hasta la elaboración de programas de intervención y acción. Además de generar las actividades que propicien el desarrollo de competencias técnicas, metodológicas, contextuales, integrativas, adaptativas y éticas, en el alumno y en el prestador de servicio social con la participación comprometida del equipo docente que pertenece a esta coordinación.

Tiene como finalidad brindar un mejor servicio a la comunidad universitaria y al público en general a través de actividades donde haya una participación activa en las distintas áreas en las que se desenvuelve la psicología, a través de los prestadores de servicio social, contando con la asesoría de los coordinadores de cada área de trabajo:

- Pláticas al público en general acerca de diferentes temas de interés social (drogadicción, alcoholismo, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, sexualidad, etc.).
- Conferencias.
- Consultas y Evaluaciones psicológicas.
- Intervención a pacientes en crisis.
- Elaboración de pruebas psicológicas.
- Talleres.
- Capacitación.
- Evaluación psicométrica.
- Estudio y orientación vocacional y educativa
- Atención a niños y adolescentes con trastornos de aprendizaje.
- Asesoramiento a instituciones educativas.
- Pláticas sobre la educación a los niños.
- Atención individual a niños, adolescentes y adultos
- Intervención de pareja o familia.
- Préstamo de pruebas psicológicas a estudiantes de la licenciatura en psicología.
- Atención vocacional y psicopedagógica a estudiantes universitarios.
- Taller para padres.
- Cursos y conferencias sobre salud mental. (Dirección Académica de Ciencias de la Salud, UJAT, 2018b).

4.1.4.1 Resultado en números

Los resultados mostrados abarcan desde el año 2014 al año 2018 con base en los informes anuales de la Unidad Académica de Psicología, y son los siguientes:



Figura 4.16 Resultados del CPA año 2014.

Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT (2014) pp. 26 y 98.



Figura 4.17 Resultados del CPA año 2015.

Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT (2015) pp. 22 y 112.



Figura 4.18 Resultados del CPA año 2016.
Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT (2016) pp. 147 y 148.

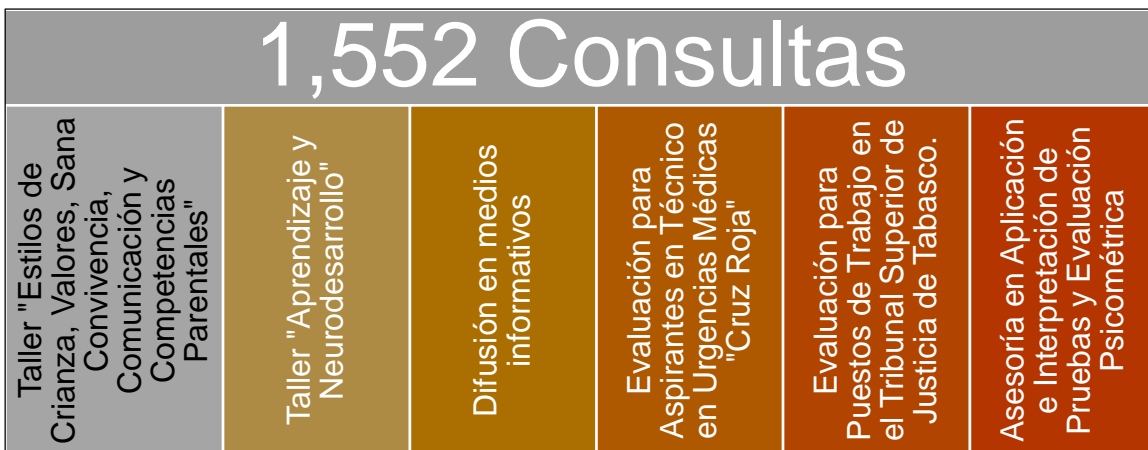
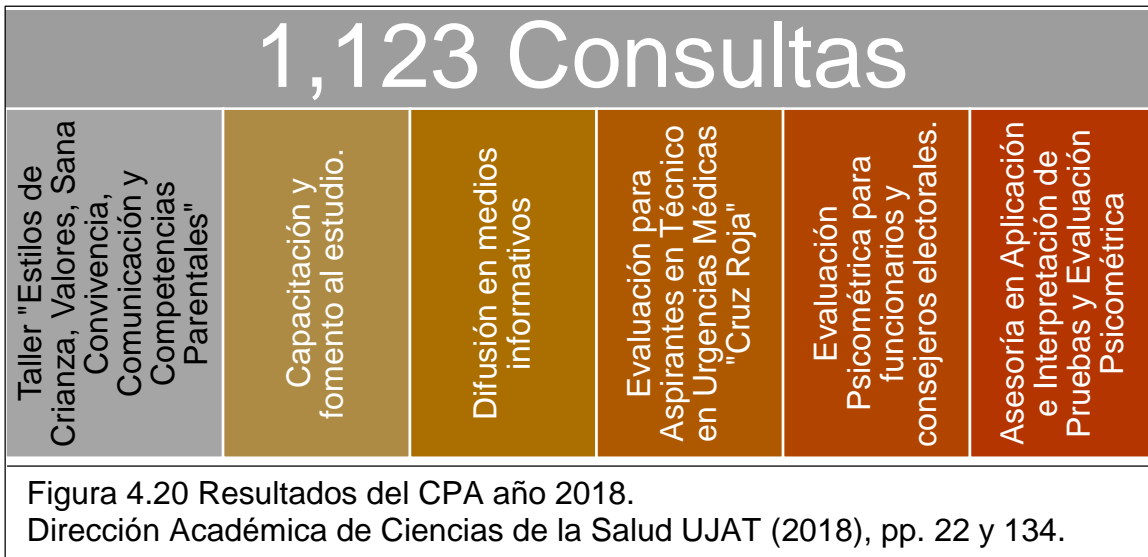


Figura 4.19 Resultados del CPA año 2017.
Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT (2017) pp. 22 y 134.



4.1.5 Servicio Externo de Apoyo Psicológico (UADY)

El Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP), fue fundado en 1993 dentro de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán (Facultad de Psicología UADY, 2019). Este servicio de la Facultad de Psicología presta sus servicios a la población en general de Mérida Yucatán, así como a los alumnos de la propia Facultad, por medio de un sistema de atención en el que se pretende por un lado retribuir a la sociedad el apoyo que le da a la universidad al mismo tiempo que sirva como una clínica escuela para alumnos tantos de Maestría como de Licenciatura, de tal forma que los prestadores de servicios están clasificados en Maestría en clínica de Adultos, Maestría en clínica Infantil, Servicio Social Licenciatura, Prácticas profesionales, Voluntariado, Becario y Atención a Víctimas que son supervisados por los Psicólogos expertos en cada una de las diferentes áreas de atención (Sosa, Cetina, Escoffié, Martínez y Balam, 2014).

Entre los servicios que el SEAP ofrece, del área clínica, se encuentra la psicoterapia individual para menores de edad y adultos desde un enfoque

Psicodinámico, Fenomenológico, Cognitivo Conductual, Sistémico e Integrativo. Es preciso mencionar que el enfoque a utilizar depende del terapeuta, del supervisor y de la demanda del paciente (Tovar, Herrera y Cetina, 2018).

Otros de los servicios ofertados son terapia de pareja, familiar, Atención a Víctimas, Elaboración e impartición de Talleres, Estudios Psicométricos y Orientaciones Vocacionales (Tovar, Herrera y Cetina, 2018).

En el caso de atención neuropsicológica, el Laboratorio del Sueño atiende a personas con trastornos o problemas para dormir y neuropsicológicos. Respecto al laboratorio del Deporte y Biofeedback, se realizan actigrafías, estudios de estrés y ansiedad, evaluaciones del rendimiento y sesiones de biofeedback dirigidas principalmente a los deportistas de alto rendimiento, pero también se atiende al público en general. Por último se encuentra el Laboratorio de Psicología Forense, que brinda peritajes y evaluaciones forenses, apoyo técnico judicial y un protocolo de evaluación psicológica forense. (Sosa, Cetina, Escoffié, Martínez y Balam, 2014).

4.1.5.1 Resultados en números

Los resultados mostrados abarcan del año 2013 al 2017, en base a lo reportado por Tovar, Herrera y Cetina (2018). Y son los siguientes:





Figura 4.23 Resultados del SEAP año 2015.
 Tovar, Herrera y Cetina, 2018, pp. 1220.



Figura 4.24 Resultados del SEAP año 2016.
 Tovar, Herrera y Cetina, 2018, pp. 1220.



4.2 Centro Clínico de Psicología (BUAP)

4.2.1 Antecedentes históricos

El Servicio Clínico de Psicología (SECLIPSI) surge en octubre de 1984. Entre los objetivos que se planteados en el proyecto estaban:

- Promover el aprendizaje de la Psicología de manera integral, de acuerdo a los requerimientos de las nuevas formas de enseñanza aprendizaje, que permitan al alumno no sólo la adquisición teórica del conocimiento, sino la aplicación del mismo.
- Apoyar el trabajo docente por medio de la observación directa de casos.
- Proporcionar atención psicoterapéutica de calidad a personas de bajos recursos.
- Desarrollar la investigación en psicología y psicoterapia.
- Formar terapeutas sensibles al contexto y realidad sociocultural latinoamericana.

Se incorporaron al SECLIPSI docentes del Área Clínica y alumnos de los últimos semestres de la licenciatura, a fines de 2002 fue creado un nuevo proyecto que mantuvo los objetivos iniciales, entre otros, el que los alumnos recibieran tanto una formación teórica como práctica en psicoterapia, dentro de un espacio protegido (salón de clases)

participaran en supervisión en vivo siendo observados por los (las) terapeutas que impartían clase y por sus el alumnado de licenciatura que cursaban esa materia.

El SECLIPSI pasa a ser denominado CECLIPSI a finales del 2002 por instrucciones de la Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Postgrado de la BUAP, en febrero de 2003 reabre sus puertas, conserva los objetivos iniciales y se incorpora la investigación y difusión, hasta el 2013.

En el 2013, se realiza una reestructuración interna, y se modifican los objetivos, deja de ser un Centro de psicoterapia y de investigación y vuelve a ser un Servicio.

4.2.2 CECLIPSI 2003 - 2013

El Centro Clínico de Psicología se enfoca en la formación y supervisión en psicoterapia, brindando atención psicoterapéutica tanto a la comunidad que integra la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla como a la población en general, reafirma así su quehacer social en los ámbitos municipal, estatal e incluso nacional.

El CECLIPSI apuesta por un enfoque integral, donde a pesar de prevalecer una perspectiva sistémica estratégica, sus intervenciones y métodos provienen de diferentes escuelas psicoterapéuticas que ofrecen un soporte adecuado para la intervención terapéutica realizada en cada caso particular. El abordaje psicoterapéutico que se realizó fue tanto en el ámbito individual, como de pareja, familiar o grupal. Se intervino en situaciones de crisis y problemas, tanto conductuales, emocionales, educativos, entre muchos otros.

4.2.2.1 Objetivo general del CECLIPSI

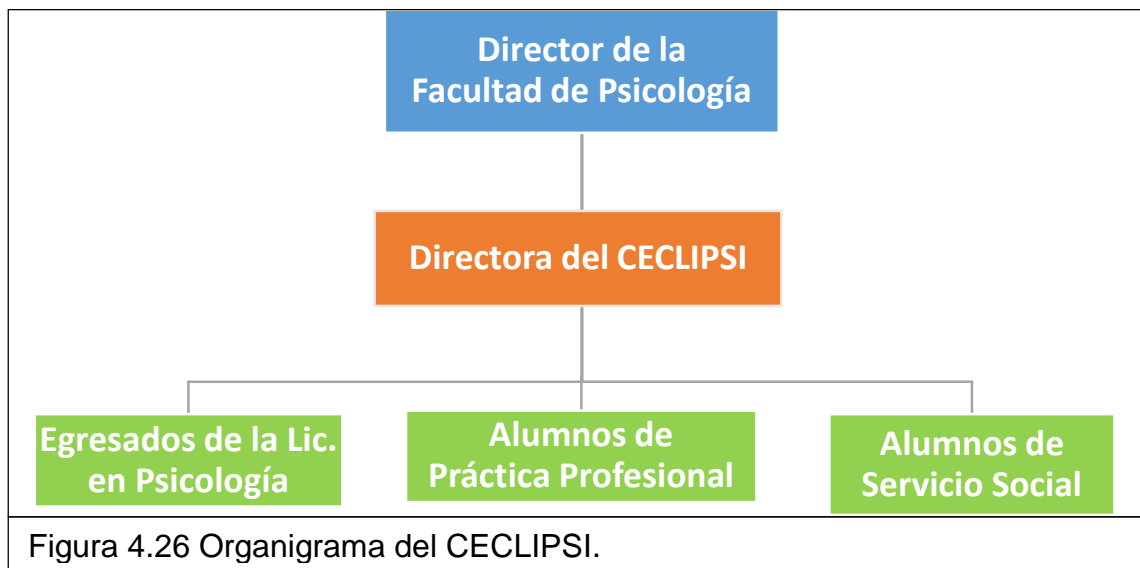
Brindar servicios en Psicoterapia de calidad a las personas que demanden los servicios del Centro, mediante la aplicación de conocimientos y estrategias obtenidos dentro de la Licenciatura.

4.2.2.2 Objetivos específicos del CECLIPSI

- Promover el aprendizaje de la psicología de manera integral.
- Formación teórica y práctica en psicoterapia.
- Ofrecer un servicio de atención psicoterapéutica a la comunidad.
- Realizar investigación.
- Promover la Extensión y Difusión.
- Establecer vinculación con la docencia.
- Realizar supervisión en psicoterapia.

4.2.2.3 Objetivos particulares del CECLIPSI

- Desarrollar una actitud resolutiva ante las diversas situaciones presentadas.
- Implementar estrategias y tácticas terapéuticas con una orientación de Terapia Breve.
- Llevar a la práctica psicoterapéutica lo aprendido a lo largo de la Licenciatura.
- Realizar proyectos de investigación.
- Presentar en eventos académicos los resultados de investigación.



4.3 Promoción del aprendizaje de la psicología de manera integral

La psicología no se encuentra desmembrada en donde cada área de estudio se desarrolla independiente de las otras, más bien cada área de estudio dentro de la psicología es interdependiente de las otras, las bases del psicoterapeuta no se limitan a la psicología clínica, debe formarse integralmente en aspectos educativos, sociales e incluso organizacionales, lo cual genera en el psicólogo, independientemente de su campo de acción, un conocimiento sustentado en las diversas teorías y propuestas metodológicas planteadas en cada una de las áreas de la psicología, en el que se incorpora además, el contexto social y cultural en el cual se encuentra inmersa la persona.

4.4 Formación teórica y práctica de la psicoterapia

La formación teórica de la psicoterapia aprendida en la licenciatura, se fortalece en el Centro, al promover la actualización del conocimiento a través de la lectura de artículos y libros que aborden diversos temas de psicoterapia y técnicas psicoterapéuticas. Otra de las estrategias utilizadas es la actualización y socialización

del conocimiento, donde cada uno de los miembros del equipo comparte algún tema o técnica aplicable a algún caso que le pueda funcionar al equipo, lo cual se lleva siempre a la práctica con el usuario en sesión, donde al finalizar cada sesión o en cada junta semanal se comparte la experiencia personal, así como los pormenores de cada caso en particular. Se le da seguimiento cercano en relación al usuario y al estudiante encargado de la intervención psicoterapéutica, esto con el fin último de cuidar el bienestar de ambas partes.

4.5 Servicio de atención psicoterapéutica a la comunidad

Debido a la gran demanda de atención, se implementaron procesos administrativos y de control para la eficiente atención de los usuarios al mismo tiempo ser un depositario de datos estadísticos para conocer la calidad del servicio, quiénes solicitaban el servicio, y qué tipo de problema afectaba a la población. Temas que por su carácter sirvieron para investigaciones futuras.

4.5.1 Funcionamiento del CECLIPSI

El proceso de solicitud inicia con proporcionar informes a la persona que lo solicita, por parte de alguien del equipo. Incluye la dinámica del Centro, las consideraciones para asignarle un(a) terapeuta, costos, horarios, teléfonos, email, datos que son entregados en una tarjeta de información (Apéndice A).

En ocasiones, por la severidad de la situación la persona que solicita informes entra en crisis, por lo que es necesario que la persona que está informando (así como el equipo) tenga la capacidad y habilidad suficiente para manejar este tipo de situación, y regresar a la persona a un estado de bienestar o en su caso contenerla, ya que en muchas ocasiones peligra su vida o la de alguien más (suicidio u homicidio).

La persona o grupo de personas que solicitan el servicio ingresan a una lista de espera, (la prioridad de atención son los riesgos suicidas u homicidas), en esta lista se incluyen datos de la persona, teléfono de contacto, dirección y motivo de consulta, así como un espacio para el (la) terapeuta que se le asignará en el futuro. Todo esto es anotado en la lista de espera, diferenciando a las personas externas de la universidad, de las internas en donde se engloban desde personal de apoyo, alumnos, docentes, administrativos y personal de servicios generales de la institución. (Apéndice B y C).

En caso de que el usuario no consiga cubrir el pago del servicio, puede solicitar una condonación de pago. (Apéndice D).

Una vez asignado y agendada la cita con el (la) terapeuta, la primera sesión gira en torno a la primera entrevista (Apéndice E), entrega y firma del contrato terapéutico (Apéndice F). En el primer contacto se conoce y explora el problema que lleva a consulta a la persona o al grupo de personas, finaliza con la aplicación del test del árbol a la persona o a las personas que acuden a esta primera entrevista.

4.6 Formación y supervisión en psicoterapia

Existen diferentes estrategias que el CECLIPSI pone en marcha para hacer que sus estudiantes adquieran las destrezas suficientes que les permitan desarrollarse en el campo psicoterapéutico y posteriormente en el trabajo al concluir sus estudios profesionales.

4.6.1 Equipo reflexivo

Andersen (1994), Friedman (2005), Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, (1991), hacían uso del equipo reflexivo al incluirlo en el proceso terapéutico de las familias que atendían, siendo una entidad presente e influyente dentro de la sesión, a la par del (la)

terapeuta, la familia y del mismo supervisor, al dar sus perspectivas y opiniones observadas directamente entre terapeuta y familia.

Vemos este proceso semejante de supervisión en el Centro Clínico de Psicología (CECLIPSI), al acudir a las sesiones de los compañeros que se enfrentan ante alguna dificultad, o compartir alguna técnica o conocimiento práctico en psicoterapia, se hace una muestra en sesión, en la que compañeros(as) de servicio social, práctica profesional y/o egresados que, en conjunto con la directora del CECLIPSI, así como docentes, tienen la oportunidad de entrar a las sesiones y participar formando parte del equipo reflexivo para aportar en el desarrollo de la sesión.

4.6.2 Videgrabaciones

En situaciones en que la sesión requiera un análisis posterior y a detalle sobre los pormenores de la misma, la infraestructura del Centro cuenta con cámaras, micrófonos, televisores y videocintas con la finalidad de documentar mediante videgrabación las sesiones que por su carácter complejo necesitaban de una observación minuciosa, previa autorización de la persona o personas que participan en las sesiones (consentimiento informado) (De Lebl, 2000; Martínez, 2005; Daskal, 2008; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991; Haley, 2009; Caro, 2009; Fernández y Rodríguez, 2001; Fernández, 2008; Hernández Córdoba, 2007; Cozolino, 2011).

4.6.3 Supervisión Individual

En casos que se demanda discreción por cuestiones éticas relacionadas con las sesiones de conocidos, familiares, compañeros de la licenciatura o profesores de la misma, estas supervisiones se realizan directamente con la directora del Centro, cuidando en todo momento la confidencialidad, problemática e intervenciones.

4.6.4 Supervisión grupal

Al término de cada junta de resultados semanales continúa la exposición de casos de cada uno de los terapeutas con casos asignados, excluyendo aquellos que precisen supervisión individual, ante lo cual cabe la posibilidad de compartir observaciones, sugerencias, experiencias con casos similares, presentar dudas, preguntas o inquietudes ante el grupo o la directora, sustentando cada intervención, cuestionando o sugiriendo literatura para aumentar la eficacia de la intervención en vivo. (Andersen, 1994; Friedman, 2005; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991; Montalvo y Espinosa, 2011; Ramírez Andrade, 2012; Cozolino, 2011).

4.7 Investigación

Las líneas de investigación del Centro Clínico de Psicología giran en torno a aspectos clínicos y psicoterapéuticos que incluyen a la comunidad en la que está integrada. A continuación, se señalan los principales aspectos que fueron investigados en el Centro Clínico de Psicología:

4.7.1 Suicidio

Se considera uno de los principales problemas existentes en la Ciudad de Puebla el elevado índice de suicidio, sobre todo en jóvenes. Mediante el seguimiento diario de los casos de suicidio reportado en el Estado de Puebla en los medios masivos de comunicación (periódicos, radiodifusoras, televisión), se elaboró y actualizó de manera periódica una base de datos que incluía edad, motivo, lugar donde sucede, estado civil, y en general aquella información necesaria para apoyar la investigación tanto cuantitativa como cualitativa acerca del suicidio. Se realizaron investigaciones valiosas para la pronta detección e intervención de conductas suicidas, esto también permitió identificar aquellos

sectores más vulnerables de la población, lo cual se reflejó en siete jornadas de prevención e intervención ante conductas suicidas.

4.7.2 Relación de pareja

Se investigaron aspectos relacionados con la formación, desarrollo o finalización de una relación de pareja, así como los problemas inherentes a ella: infidelidad, mitos en torno a la elección de pareja, desencanto y rompimiento, ciclo vital de la pareja, entre otros.

4.7.3 Psicoterapia

Dado el particular interés en la formación de terapeutas, estas investigaciones incluyeron aspectos formativos o de supervisión, así como trabajos inherentes al proceso terapéutico, dificultades o propuestas técnicas en cuanto a la resolución de problemas de los usuarios del servicio.

4.7.4 Situaciones de riesgo en la adolescencia

La identificación de problemas e inquietudes que afectan a los jóvenes también fueron temas de estudio, entre otros: noviazgo, suicidio, adicciones, amistad y camaradería, violencia en el noviazgo, violencia intrafamiliar.

4.7.5 Desgaste Laboral

Se abordaron múltiples aspectos relacionados con el desgaste laboral, entre otros: el estrés, la ansiedad, la depresión, adicciones, relaciones de pareja, vida familiar.

4.7.6 Acoso escolar

O también conocido como Bullying, que presenta un aumento tanto en número como en grado de violencia en los últimos años, lo cual derivó en propuestas de intervención en diferentes niveles.

4.8 Extensión y difusión

Dentro del Centro Clínico de Psicología, una preocupación central, además de la formación en psicoterapia, fue la socialización del conocimiento construido dentro de sus espacios, incluido el resultado de sus investigaciones, los cuales se presentaron en ponencias y/o carteles en congresos, jornadas y seminarios, tanto en eventos estatales como en otros Estados (Veracruz, Tamaulipas, Ciudad de México, Quintana Roo, Yucatán, Sinaloa, Baja California, Tlaxcala) Además, se presentaron trabajos en seminarios, congresos, jornadas y ponencias en Argentina, Cuba, Chile, Panamá, entre otros.

4.9 Vinculación con la docencia

La idea de integración con las demás áreas de la psicología, se realizó tanto a través de las investigaciones generadas dentro del Centro, como a través de la invitación a docentes de diversas áreas de estudio de la psicología, e incluso de otras universidades del interior del Estado o del país.

4.10 Información en cifras

A continuación, se describen los resultados del trabajo realizado en el Centro Clínico de Psicología.

En el transcurso de este periodo se consideraron 9 variables categóricas, que dan a conocer el impacto en la comunidad, tanto universitaria como fuera de esta, con lo cual el Centro Clínico de Psicología, no sólo fue un Centro de formación en psicoterapia, sino una institución fuertemente vinculada con su entorno, involucrándose en el bienestar social y emocional de la comunidad en la cual estaba inmersa. Durante el 2013 se realizaron las siguientes intervenciones.

| Tabla 4.5 Tipo de caso Atendido | | | | |
|---------------------------------|----------|------------|-------------------|----------------------|
| | Atención | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Familiar | 10 | 14.5 | 14.5 | 14.5 |
| Pareja | 1 | 1.4 | 1.4 | 15.9 |
| Individual | 58 | 84.1 | 84.1 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

En el transcurso del año 2013 el tipo de atención ofrecida en el Centro Clínico de Psicología, fue en su mayoría de atención individual con 58 de los 69 casos atendidos durante ese año, lo que representa el 84% del total de servicios otorgados, en casos de psicoterapia de pareja fue de 1.4%, y 10 casos en que se intervino con toda la familia, lo que representó el 14.5% de los casos atendidos. Esto marca la necesidad de flexibilidad que se requiere en el psicoterapeuta para poder dar respuesta a cualquier tipo de intervención.

| Tabla 4.6 Sexo | | | | |
|----------------|----------|------------|-------------------|----------------------|
| | Atención | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Hombre | 21 | 30.4 | 30.4 | 30.4 |
| Mujer | 48 | 69.6 | 69.6 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

Con respecto al sexo, el sector de la población que más solicitó el servicio fueron las mujeres con el 69.6%, en tanto que los hombres fue el 30.4% del total de casos presentados, quizá debido a variables culturales, sociales e incluso de género que no se investigan en este trabajo.

| Tabla 4.7 Problema presentado | | | | |
|-------------------------------|----------|------------|-------------------|----------------------|
| | Atención | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Autoestima | 5 | 7.2 | 7.2 | 7.2 |
| Depresión | 12 | 17.4 | 17.4 | 24.6 |
| Ansiedad | 4 | 5.8 | 5.8 | 30.4 |
| Asertividad | 2 | 2.9 | 2.9 | 33.3 |
| Duelo | 10 | 14.5 | 14.5 | 47.8 |
| Problemas de conducta | 5 | 7.2 | 7.2 | 55.1 |
| Problemas escolares | 2 | 2.9 | 2.9 | 58 |
| Violencia | 3 | 4.3 | 4.3 | 62.3 |
| Problemas de pareja | 2 | 2.9 | 2.9 | 65.2 |
| Suicidio | 2 | 2.9 | 2.9 | 68.1 |
| Otros | 8 | 11.6 | 11.6 | 79.7 |
| Inseguridad | 2 | 2.9 | 2.9 | 82.6 |
| Orientación | 3 | 4.3 | 4.3 | 87 |
| Estrés | 1 | 1.4 | 1.4 | 88.4 |
| Abuso sexual | 2 | 2.9 | 2.9 | 91.3 |
| Problemas familiares | 5 | 7.2 | 7.2 | 98.6 |
| Sin datos | 1 | 1.4 | 1.4 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

En el tipo de problema o queja presentada, en primer lugar se encuentra la depresión con 17.4% de los casos, le siguen el duelo con el 14.5%, y aquellas molestias en que el usuario no supo definirlo, ocupan el 11.4% del total, le siguen el manejo de la autoestima y problemas de conducta, esta última más común en niños y adolescentes en edad escolar, con el 7.2%, a continuación está la ansiedad con un 5.8%, la violencia al igual que la orientación tanto psicoterapéutica como educativa ocuparon el 4.3% del total de los casos, la molestia menos frecuente por la que acudieron al servicio fueron aquellas relacionadas a la inseguridad pública, al igual que el trabajo de la asertividad, problemas escolares, problemas de pareja, suicidio y abuso sexual estos con el 2.9% en cada caso, finalizando con aquellos problemas derivados del estrés así como los indefinidos o sin datos, ambos con el 1.4% de los casos presentados.

| | Atención | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------|----------|------------|-------------------|----------------------|
| Niño | 6 | 8.7 | 8.7 | 8.7 |
| Adolescente | 15 | 21.7 | 21.7 | 30.4 |
| Adulto joven | 37 | 53.6 | 53.6 | 84.1 |
| Adulto | 9 | 13 | 13 | 97.1 |
| Vejez | 1 | 1.4 | 1.4 | 98.6 |
| Sin datos | 1 | 1.4 | 1.4 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

En relación a la etapa de desarrollo de los usuarios que solicitaron el servicio, el sector que más solicitudes hizo fue la de los adultos jóvenes con el 53.6%, seguido del 21.7% de adolescentes que solicitaron el servicio, después se ubica a los adultos con el 13% del total de servicios. Las etapas donde se hallaron menos atenciones psicoterapéuticas fueron los niños con el 8.7%, seguido de la vejez y aquellos casos que no se precisó, ambas tienen un 1.4% del total de casos presentados en el Centro.

| | Frecuencia (Casos) | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|--------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Sin datos | 3 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| Preescolar | 3 | 4.3 | 4.3 | 8.7 |
| Primaria | 5 | 7.2 | 7.2 | 15.9 |
| Secundaria | 8 | 11.6 | 11.6 | 27.5 |
| Profesional Técnico | 1 | 1.4 | 1.4 | 29 |
| Bachillerato | 36 | 52.2 | 52.2 | 81.2 |
| Normal licenciatura | 2 | 2.9 | 2.9 | 84.1 |
| Licenciatura / tecnológica | 9 | 13 | 13 | 97.1 |
| Posgrado | 2 | 2.9 | 2.9 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

El nivel de escolaridad de las personas que con mayor frecuencia solicitaron consulta, fue el de bachillerato con el 52.2%, seguido de la educación superior con el 13% y, la educación secundaria con el 11.6%. Personas con educación primaria alcanzó el 7.2%, aquellas personas que no entregaron información al respecto fue de 4.3%, personas con licenciatura y posgrado fue de 2.9% y personas con alguna carrera técnica alcanzó el 1.9%.

| | Atención | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------------|----------|------------|-------------------|----------------------|
| Iniciativa propia | 55 | 79.7 | 79.7 | 79.7 |
| Iniciativa de terceros | 12 | 17.4 | 17.4 | 97.1 |
| Sin datos | 2 | 2.9 | 2.9 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

En relación a quién solicitó el servicio se obtuvo que el 79.7% fue por iniciativa propia, la cita realizada por terceros fue de 17.4%, y aquellas personas que no proporcionaron esta información fue del 2.9% del total de los casos.

| | Frecuencia (Casos) | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|--------------------|------------|-------------------|----------------------|
| Estudiante | 45 | 65.2 | 65.2 | 65.2 |
| Oficios | 1 | 1.4 | 1.4 | 66.7 |
| Empleado | 5 | 7.2 | 7.2 | 73.9 |
| Profesionista | 8 | 11.6 | 11.6 | 85.5 |
| Comerciante | 3 | 4.3 | 4.3 | 89.9 |
| Otros | 3 | 4.3 | 4.3 | 94.2 |
| Sin datos | 4 | 5.8 | 5.8 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

En cuanto a la ocupación actual de los usuarios, los estudiantes solicitaron con mayor frecuencia el servicio al representar el 65.2%, seguido de los profesionales con el 11.6% y, las personas empleadas alcanzaron el 7.2% del total de los casos. Aquellas personas que no entregaron este tipo de información fue de 5.8%, seguido por personas dedicadas al comercio al igual que a alguna otra actividad que no aparece en la lista alcanzaron el 4.3%, las personas dedicadas a algún oficio fue el menos frecuente dentro de los usuarios atendidos con el 1.4% del total de los casos.

| | Atención | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|----------|------------|-------------------|----------------------|
| Es alumno | 16 | 23.2 | 23.2 | 23.2 |
| Por alumno | 2 | 2.9 | 2.9 | 26.1 |
| Familiares y amigos | 28 | 40.6 | 40.6 | 66.7 |
| Canalizado por expertos | 5 | 7.2 | 7.2 | 73.9 |
| Remitido por institución | 5 | 7.2 | 7.2 | 81.2 |
| Medios de comunicación | 2 | 2.9 | 2.9 | 84.1 |
| Otros | 7 | 10.1 | 10.1 | 94.2 |
| Sin datos | 4 | 5.8 | 5.8 | 100 |
| Total | 69 | 100 | 100 | |

En cuanto a casos en donde el paciente identificado es remitido por alguna persona, grupo o institución se obtuvo que el 40.6% de los casos fue referido por familiares y amigos, seguido del 23.2% el cual fue por voluntad propia, por ser alumno de la institución y, el 10.1% fue referido por alguna otra persona, no mencionada en la lista de opciones, se obtuvo el 7.2% de los casos referidos por instituciones tanto públicas como de carácter privado, así como aquellos casos referidos por profesionales de otras áreas que llegaron a tener contacto con el caso e hicieron algún tipo de intervención. Se obtuvo el 5.8% de aquellas personas que decidieron reservarse este

tipo de información; el 2.9% del total, fueron referidos por algún medio de comunicación, o por algún alumno de la universidad.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Servicio Social | 16 | 10 | 5 | 8 | 11 | 7 | 6 | 7 | 70 |
| Práctica Profesional | 4 | 2 | 8 | 7 | 9 | 5 | 4 | 9 | 61 |
| Formación | 8 | 6 | 1 | 1 | - | 12 | 4 | 20 | 39 |
| Total | 28 | 18 | 14 | 16 | 20 | 24 | 14 | 36 | 170 |

En relación con los estudiantes interesados en el programa de formación del año 2005 al 2012 se observa lo siguiente: en el año 2012 se tuvieron 36 alumnos en supervisión siendo el más alto del periodo, seguido por el año 2005 con 28 alumnos supervisados, en el año 2010, 2009, 2006 y 2008 se integraron al programa de servicio social, prácticas o formación, 24, 20, 18 y 16 alumnos respectivamente, los años 2007 y 2011 fueron los años con menor número de estudiantes incorporados al Centro.

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Usuarios | 132 | 171 | 120 | 137 | 83 | 171 | 146 | 107 | 1067 |

Con relación al número de pacientes que recibieron atención en el Centro Clínico de Psicología se observa que: durante el 2006 y el 2010 recibieron atención el mismo número de personas, 171. Son los años que reflejan el mayor número de personas que iniciaron o estuvieron en algún proceso psicoterapéutico. Seguido por años 2011, 2008, 2005 y 2007 con 146, 137, 132, y 120 usuarios respectivamente. Los años 2012 y 2009

reflejan un menor número de personas atendidas en psicoterapia, 107 y 83 usuarios respectivamente.

4.11 Aportaciones del Centro Clínico de Psicología

4.11.1 Investigación

Durante el tiempo en que estuve integrado al Centro Clínico de Psicología, se dio seguimiento a estudios sobre el suicidio al investigar y documentar con base en los medios de comunicación digital las causas, métodos y lugares en que ocurrían los suicidios, administrando la base de datos para tales fines, al final de cada mes, se generó un reporte sobre estos acontecimientos, para un análisis estadístico posterior.

4.11.2 Extensión y difusión

Además de participar en eventos académicos tanto nacionales como internacionales con trabajos que reportaron el trabajo realizado en el Centro, se organizaron eventos dirigidos a especialistas en psicología y a la población en general, entre otros:

- Jornadas de prevención e intervención en conductas suicidas.
- Impartición de cursos para especialistas sobre la técnica de movimientos oculares.
- Foro de actualización sobre la relación de pareja “Amor y desamor, experiencias de vida”.

4.11.3 Formación y supervisión en psicoterapia

Se conformó un equipo terapéutico que sirvió de apoyo para los terapeutas en formación, tanto desempeñando el rol de terapeuta o formando parte del equipo de observación a través del espejo de visión unilateral. Se realizaron sesiones semanales

de supervisión y análisis de cada sesión, además de lecturas relacionadas con los diversos problemas que se presentaron.

4.11.4 Otras aportaciones

Además de formarse en la realización de intervenciones psicoterapéuticas y aunado a esto se desarrollaron diversas actividades relacionadas con la administración de un consultorio, la organización y elaboración de eventos académicos y de difusión a través de jornadas, foros y talleres orientados a diferentes sectores de la población.

CAPITULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión

A continuación, se hace un análisis entre las similitudes y diferencias entre el Centro Clínico de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, y los cinco Centros de supervisión y formación descritos en el capítulo cuatro.

5.1.1 Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (UAEM)

Entre las similitudes que existen entre el Centro de Estudios y Servicios Psicológicos (CESPSI) y el Centro Clínico de Psicología (CECLIPSI) se encuentran:

- La atención brindada desde la niñez hasta la tercera edad.
- Trabajo desde el nivel preventivo, de intervención y seguimiento a problemáticas dentro de la comunidad.
- Talleres y cursos para lograr una perspectiva de género.
- Creación y divulgación de la investigación científica de la psicología.
- Trabajo especial hacia la atención del suicidio.
- Vinculación con medios de comunicación locales para la difusión y prevención de problemáticas actuales como el suicidio o conductas de riesgo en adolescentes.
- Actualización constante de sus terapeutas en temas de intervención psicoterapéutica.
- Trabajo colaborativo con otras áreas de conocimiento como la fisiológica y la neuropsicológica.

- Impartición cursos, talleres y conferencias, tanto para la comunidad estudiantil como para el público en general.

Entre las diferencias más notables entre estos dos centros, se encuentra:

- La consolidación de un equipo interdisciplinario entre neurólogos, psicólogos e incluso trabajadores sociales, para aumentar la eficacia de la intervención.
- La integración de laboratorios de neuropsicología, encefalograma y psicología experimental.
- Áreas de intervención bien definidas, dando cabida a la atención de problemáticas psicopedagógicas.
- El otorgamiento de fondos económicos para el funcionamiento del Centro.
- Capacitación en procesos administrativos y de trabajo social, para un manejo adecuado y con apego a las normativas administrativas universitarias.
- Certificación de la calidad en los procesos tanto de formación, supervisión y atención aprobando las auditorias para el ISO 9001: 2008.
- Difusión del centro en ferias, módulos, entrevistas a medios masivos de comunicación de impacto local.
- Intervenciones vía telefónica o a distancia integrando las tecnologías de la información y comunicación.
- Vinculación con sectores gubernamentales, al apoyar en la evaluación o intervención de servidores públicas, en necesidades detectadas.
- Implementación de programas en psicología de la salud, para la prevención del consumo de drogas.

5.1.2 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (UNAM)

Las similitudes existentes entre el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila y el Centro Clínico de Psicología de la BUAP son:

- Formación y supervisión directa para los estudiantes próximos a titularse o de nivel licenciatura y/o posgrado.
- Desarrollo de proyectos y generador de investigaciones de la ciencia psicológica.
- Brindar a sus estudiantes la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales en sus diferentes ramas de la psicología.
- Manejo de situaciones de crisis.
- Asistencia psicológica desde la evaluación, diagnóstico, tratamiento, investigación y rehabilitación de problemáticas clínicas, psicoeducativas y sociales.
- Detectar áreas de oportunidad en que se debe actualizar, supervisar y desarrollar.

Entre las diferencias más notables entre estos dos centros, se encuentra:

- El desarrollo de diversos programas enfocados en las problemáticas sociales actuales (habilidades parentales, drogadicción, violencia sexual, diversidad sexual, suicidio).
- Integración de las tecnologías de la información y comunicación, que se utilice para elaborar de manera individualizada un plan de capacitación, formación y supervisión, en que estudiantes y profesores adscritos al centro, detecten las competencias a desarrollar, así como las áreas de oportunidad a trabajar.
- La creación del departamento de *Call Center*, en que estudiantes capacitados para el manejo de crisis vía telefónica puedan dirigir de manera adecuada diversos tipos de situaciones, y en última instancia canalizar a los diversos centros universitarios, o

instituciones gubernamentales, o asociaciones civiles. Siendo este el primer contacto con la persona, ante los diversos centros e instituciones existentes.

- Las tecnologías de la información y comunicación como primer contacto de derivación de los centros de intervención psicológica, en donde las personas al llenar un cuestionario, son agendadas en los centros que mejor se adapte a su problemática presentada, en base a su vez de la capacidad y disponibilidad de cada uno de los centros con los que cuenta la universidad.
- Modernización en infraestructura, para una mayor atención de los usuarios.
- Interés por parte de la planta docente de la Facultad de la Psicología de la UNAM por integrarse a este tipo de centro para compartir sus conocimientos.
- La vinculación con otros centros que fortalecen el desarrollo de la ciencia psicológica (adicciones, centros de desarrollo comunitario y atención psicopedagógica).
- La realización obligatoria de práctica supervisada en alumnos de posgrado, o especialidad relacionadas con el área clínica, en el centro.

5.1.3 Centro de Intervención y Servicios Psicológicos (UAZ)

Las similitudes existentes entre el Centro de Intervención y Servicios Psicológicos (CISP) y el Centro Clínico de Psicología (CECLIPSI) de la BUAP son:

- La supervisión constante de casos por parte de profesores adscritos a este Centro.
- Trabajo comunitario en que se atienden a los sectores más vulnerables de la población, para contribuir con el mejoramiento y desarrollo social de su entorno.
- Manejo de programas de psicología de la salud, desde la promoción de la salud hasta la intervención.

- Manejo de indicadores en relación a la atención, y tipo de problemática presentada.
- Incorporación de los estudiantes para poner en práctica los conocimientos adquiridos en la licenciatura.

Las principales diferencias encontradas son las siguientes:

- Desarrollo de programas educativos en diferentes puntos del estado, para poder llegar a las comunidades más vulnerables.
- El impulso de los estudiantes por este tipo de programas se genera mediante becas.
- La distribución de diversos centros en varios municipios del estado, al no centralizarse en la capital, en al menos 14 municipios existe un centro de intervención psicológica.
- La fuerte vinculación con los gobiernos estatal y municipal ha logrado el fortalecimiento del centro como un apoyo comunitario y social en los municipios en que ha podido llegar.
- La colaboración con la Fiscalía del estado para el manejo de situaciones de violencia, o peritaje psicológico.
- La solicitud obligatoria de 240 horas prácticas bajo supervisión a alumnos de maestría en el área clínica.

5.1.4 Centro de Psicología Aplicada (UJAT)

Las similitudes existentes entre el Centro de Psicología Aplicada (CPA) y el Centro Clínico de Psicología de la BUAP son:

- Impulso a la impartición de cursos y talleres a la población de la licenciatura en psicología, para desarrollar habilidades y competencias útiles para la práctica psicológica.

- Imparte talleres, cursos o conferencias a la población en general, tomando una actitud de prevención ante las problemáticas sociales actuales.
- El psicoterapeuta encargado del centro supervisa las actividades de los alumnos de servicio social y práctica profesional, inscritos en el programa a cargo del centro.
- Los estudiantes imparten talleres o cursos de prevención a la población en general.

Las diferencias sobresalientes se describen a continuación:

- Promoción del centro en diferentes facultades, escuelas o institutos de la universidad.
- Vinculación con instituciones gubernamentales para la detección, intervención, análisis o evaluación psicológica y/o psicométrica de su personal.
- Convenios con instituciones de la asistencia pública para evaluaciones psicológicas a sus candidatos para algún puesto de trabajo.
- Participación del centro en módulos o ferias de la salud en coordinación con médicos, enfermeras y odontólogos.

5.1.5 Servicio Externo de Apoyo Psicológico (UADY)

Las similitudes existentes entre el Servicio Externo de Apoyo Psicológico (SEAP) y el Centro Clínico de Psicología de la BUAP son:

- Brinda servicios a la comunidad universitaria y público en general.
- Se supervisa a alumnos de práctica profesional y servicio social de nivel licenciatura.
- Actualización constante de sus terapeutas en temas de intervención psicoterapéutica.
- En enfoque con que se maneja cada caso, se adecua según las necesidades del caso, la sugerencia el supervisor y las observaciones del estudiante.

- Impartición de talleres o cursos enfocados a la prevención de conductas o situaciones de riesgo.

Las diferencias más notables entre el SEAP y el CECLIPSI son:

- La existencia del laboratorio del sueño, del deporte y forense.
- La integración de alumnos de maestría o posgrado a algún programa ofrecido por el centro.
- Maestros especializados en cada laboratorio y programa que ofrece, los cuales supervisan y guían la práctica supervisada.
- Atención a deportistas de alto rendimiento.
- Atención a estudios vocacionales o de orientación educativa.

5.2 Aportes y disidencias del trabajo realizado en el CECLIPSI y diversos enfoques en psicoterapia

Las diferentes corrientes de pensamiento psicológico y terapéutico en sus propuestas como en sus métodos, han recogido aspectos importantes del desarrollo de una sesión terapéutica, así como los cuidados y aspectos que el terapeuta debe considerar al momento de dirigir una sesión terapéutica.

Del Psicoanálisis el CECLIPSI retoma el apego y seguimiento a un marco teórico definido. Si bien cada terapeuta, en base a su experiencia de vida, creencias y etapa de desarrollo, propician que desarrolle un particular estilo terapéutico, también es cierto que el seguimiento a cierto marco referencial, logran una base, así como una guía para encontrar aquellos puntos importantes desde la primera sesión, para comenzar a tejer la intervención, sobre la cuál descansarán la serie de técnicas y tácticas, que logren la

estrategia principal de cada terapia. (Canestri, Bohleber, Denis y Fonagy, 2006; Fernández, 2000; Wender, 2010; Andreucci, 2014; Del Río, 2011; Sánchez-Escárcega, 2013). Aunque el enfoque psicodinámico deja en claro que la pasividad en exceso, puede atrasar por un tiempo indefinido el cambio tan deseado por el paciente.

En el enfoque Cognitivo-conductual el CECLIPSI retoma la mira hacia el terapeuta, en donde sus emociones, sentimientos, y pensamientos influyen de manera activa en cuanto tiene de frente a una persona necesitada muchas veces de respuestas, es en donde tanto su conducta y cognición jugarán un papel importante a la hora de hacer terapia. (Barraca, 2009; Caro, 2009, 2011; Baringoltz, 2002; Cozolino, 2011; Reyes, 2010; Bados y García, 2011). Sin embargo, si bien esta postura extiende más allá del método la posición del terapeuta. También se encuentra una postura limitada en cuanto a una visión lineal, entre estímulo-cognición-respuesta, que muchas veces se ve altamente influenciada por el enfoque médico.

Dentro del Humanismo los (las) terapeutas encuentran su estilo terapéutico personal, que en ocasiones puede diferir del establecido por la institución en la que se encuentra sin embargo, dentro del CECLIPSI una de sus metas de formación es lograr que el (la) estudiante encuentre y desarrolle el estilo propio, sin que esto sea motivo de rezago o discriminación. (Rogers, 1982; Salama, 2008; Salama y Castanedo, 1991; Castanedo, 1988; Sansinenea, 2005; Fernández y González, 2014). Sin embargo, se debe tener presente un enfoque definido, una guía y un mapa de orientación en el momento de hacer terapia.

En la Escuela Sistémica fundadora de la corriente familiar, por su perspectiva circular ha retomado la propuesta de la escuela cognitiva y conductual al considerar los

sentimientos, emociones y pensamientos del terapeuta, en esta ocasión en la trama familiar, de pareja o individual en donde todos y cada uno de sus miembros son influenciados entre sí, llevando a un nivel diferente el papel del terapeuta, que se ve envuelto en juegos y transacciones de palabras, conductas o sentimientos, teniendo la responsabilidad de ser un generador de cambios, dentro y para la familia (Haley, 2009; Montalvo y Espinosa, 2011; Olabarría y Vázquez, 2007; Minuchin, Nichols y Lee, 2007; Santiago, Etchebarne, Wazmann, Leibovich de Duarte y Roussos, 2009; Palazzoli et al, 1991, 1996). Aunque sus intervenciones han sido muy eficaces, durante muchos años esta escuela solo veía el gran daño y perjuicio, que la familia engendraba contra uno o varios miembros, dejando de lado el potencial de generar nuevos caminos, desde esa misma energía generada.

Las diferentes perspectivas encuentran un punto en común al asegurar que es necesario entrenar a los (las) futuros (as) terapeutas que en determinado tiempo estarán frente a un individuo, pareja o familia, coordinando las acciones necesarias para lograr la adecuada gestión del cambio anhelado en aquellas personas o grupos que por sus circunstancias así lo necesiten. Es primordial generar en el estudiantado el desarrollo de sus habilidades tanto terapéuticas como personales, logrando así una conexión consigo mismos, así como con la persona o personas con las cuales se va a trabajar. Esta idea se observó implementada en el Centro Clínico de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

La supervisión y formación en psicoterapia se da en dos sentidos, en primer lugar, todas las escuelas apuestan por el desarrollo de habilidades con base en los cimientos metodológicos y epistemológicos de su corriente de pensamiento, por lo que los que estudian entrenan y adquieren las técnicas y metodología propias de alguna corriente

psicoterapéutica en específico; para luego dar marcha a un segundo nivel en donde se observa que pocas escuelas de pensamiento psicoterapéutico ponen en práctica el desarrollo de habilidades internas en el terapeuta, esto significa conocer la estructura de su pensamiento, creencias, prejuicios, actitudes, áreas de oportunidad, competencias mejor desarrolladas y, todo aquello que como persona es imposible dejar de lado, aspectos que son decisivos en el trabajo del psicoterapeuta.

En el Centro Clínico de Psicología hay preocupación en la formación no sólo a nivel técnico y teórico de la intervención psicoterapéutica, sino, además, se promueve el cumplimiento de los aspectos éticos relacionados con el actuar del psicólogo, así como el desarrollo de capacidades y habilidades personales de los alumnos, por ejemplo, se promueve la investigación y la presentación de resultados en ponencias, carteles en eventos académicos.

Por otra parte, en cuanto a lo relacionado con el aspecto ético se promueve el respeto, autocuidado, integridad profesional y humana, haciendo posible que sus estudiantes se formen bajo una línea de cuidado de la vida humana.

5.3 Conclusiones

El presente trabajo versa sobre lo importante tarea de la formación y supervisión en la psicoterapia, dicha tarea no solo recae en la persona supervisora, sino también en la responsabilidad del (la) estudiante para crear conocimientos prácticos y útiles, bajo la línea del respeto hacia la otra persona, la comunidad y la sociedad, así como un alto apego a los aspectos éticos relacionados con el quehacer psicoterapéutico.

Dicho trabajo realizado desde el nacimiento de la psicología misma, referido a la supervisión y formación en psicoterapia, ha permitido descubrir en cada corriente

psicológica, la necesidad de adecuar los conocimientos teóricos sobre la realidad observada e incorporarlos al trabajo en las sesiones, y en la supervisión. A lo largo de esta revisión documental e histórica de algunos de los diferentes enfoques, modelos y propuestas de supervisión, se observa la necesidad de continuar con este trabajo de análisis sobre la formación y supervisión en psicoterapia considerando las condiciones históricas, sociales y culturales de América en general y de México en particular.

Por otra parte, además de la investigación en aspectos relacionados con la formación y la supervisión, es adecuado continuar con las investigaciones relacionadas con la intervención en crisis, debido al incremento de crisis circunstanciales y de desarrollo que afectan a un gran número de la población. La intervención en primeros auxilios psicológicos o de primer orden es un aspecto que todo alumno en formación requiere conocer para promover la intervención adecuada en el contexto en el cual se encuentre inmerso.

La supervisión y formación en psicoterapia puede ser vista como peligro u oportunidad, el miedo a ser evidenciado, señalado y marcado por errores cometidos, es una experiencia que pocas personas se atreven a vivir, sin embargo, ofrece a su vez una oportunidad única al marcar las pautas de nuevas habilidades en todos los niveles (humanas, terapéuticas, profesionales y creativas) hacia el camino de generar bienestar, así como modificar la percepción “mal vista” del cambio.

Dentro del proceso formativo y de supervisión, un aspecto importante a desarrollar es el contacto que el terapeuta debe establecer consigo mismo, ya que le sirve de faro y guía para no perderse en la confusión del usuario o de la familia dentro del trabajo terapéutico, debido a la constante reflexión sobre la influencia que ejerce sobre la persona o personas, y viceversa.

Los centros de supervisión, formación e investigación psicoterapéutica deberían ocupar las primeras prioridades de cualquier instituto y/o universidad, dada su importancia como generador de desarrollo tanto científico, tecnológico, social, y comunitario agregando un valor humanitario y de apoyo ante aquellas personas o comunidades marginadas o en situación de riesgo, ya que como se ha visto a lo largo de este trabajo, aquellas sociedades, comunidades o estados en que es inexistente este tipo de centros, se encuentra un mayor rezago en los diferentes tópicos líneas arriba mencionado (Guerrero, Oaxaca y Quintana Roo por mencionar algunos). Este también se repite en casos donde es poca la divulgación del centro mismo como de sus resultados e impacto generado en su comunidad (Chiapas, Campeche, y Veracruz, solo por mencionar algunos).

5.4 Sugerencias

A lo largo de este trabajo se ha observado la importancia de la supervisión y la formación, así como su relación con los centros clínicos de psicología, por lo que es menester difundir la importancia de estos centros, orientados a la promoción de la salud y del bienestar.

- Se considera necesario seguir impulsando Centros de este tipo, bajo una línea ética que genera valor agregado por medio de investigaciones de calidad, con miras a generar y promover el bienestar y la salud.
- Generar valor cooperativo entre los centros clínicos de psicología de diferentes lugares del país, para el intercambio de conocimiento, supervisión y formación.

- Crear espacios de confianza y seguridad para que la supervisión y formación dejen de ser vistas como algo peligroso, para dar paso a una oportunidad para afinar y pulir habilidades terapéuticas y humanas.
- Promover la actualización del conocimiento a través de la lectura de artículos y libros que aborden diversos temas de psicoterapia y técnicas psicoterapéuticas.
- Crear estudiantes críticos y reflexivos que pueden desarrollar su propio estilo terapéutico.
- Se requiere formar personas supervisoras y docentes sensibles a las necesidades del alumnado, no solo a nivel técnico o teórico, sino emocionales, cognitivos y éticos.
- Es necesario concienciar el impacto de los centros de formación y supervisión en las comunidades más desprotegidas y su impacto en estas.
- Sensibilizar al estudiante de licenciatura, posgrado o especialidad sobre el impacto de su trabajo no solo a nivel individual, si no a nivel comunitario y social desde cualquier área en que se esté desarrollando.
- Fomentar la participación de docentes dentro de la actividad de los centros de formación y supervisión para enriquecer tanto los servicios como los conocimientos técnicos y humanos hacia el estudiantado como a la sociedad.
- Integrar diferentes áreas además de la clínica y la educativa, como la forense, la deportiva, la neuropsicológica y la laboral.
- Difundir este tipo de centros y buscar vínculos con gobiernos, instituciones y empresas que permitan llegar a un mayor número de personas en situaciones de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, N. (2016). La psicología cognitiva y sus aportes al proceso de aprendizaje. Recuperado de *Páginas personales* www.paginaspersonales.unam.mx/files/574/psicologia_cognitiva.pdf
- Alvear, M., Jerez, R., Lucero, C. (2012). Formación de terapeutas en un programa de especialización en terapia familiar sistémica. *Psicología em Estudo*, 17 (2), 183-193.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (2003). *El coloquio relacional*. España: Paidós.
- Andreucci, P. (2014). La supervisión Clínica: Una Aproximación desde la Transferencia. *Revista Digital Akademeia*. Recuperado de www.revistaakademeia.cl/wp/wp-content/uploads/2014/08/03_Modelos-de-Supervisi%C3%B3n-CI%C3%ADnica_Agosto2014_0_tablas.pdf Aproximacion-desde-la-Transferencia
- Ardila, R. (2013). Los orígenes del conductismo, Watson y el manifiesto conductista de 1913. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45 (2), 315-319.
- Armengol, R. (1995). Psicoanálisis o psicoterapia analítica: sobre teoría método y técnica. *Anuario de Psicología*, 67. Universidad de Barcelona.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL. (2015). *Manual de Psicoterapias. Importancia de las psicoterapias en psiquiatría desde diferentes perspectivas*. Buenos Aires.
- Ávila, A., Gutiérrez, G. (1995). La psicoterapia psicoanalítica: elementos conceptuales y modelos de su proceso. *Boletín de Psicología*, 46, 11– 35.

- Ávila, A., Gabalda, I., Orlinsky, D., Rodríguez, S., Coscollá, A., Alonso, M. (2002). Percepción del desarrollo profesional del psicoterapeuta en España. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (2), 199-218.
- Bados, A., García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terapéuticas.pdf>
- Barigoltz, M. (2000). El entrenamiento de terapeutas cognitivos. Escrito presentado para el III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latinoamericanas. Y 1er Congreso Uruguayo de Psicoterapias Cognitivas. 6, 7 y 8 de abril del 2000. Recuperado de <http://centrodeterapiacognitiva.com/wp-content/uploads/2011/01/El-entrenamiento-de-Terapeutas-Cognitivos.pdf>
- Barraca, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Clínica y Salud*, 20 (2), 109-117.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Bautista, J. (2011). El conductismo en la historia de la psicología: una crítica de la filosofía del conductismo radical. *Psychologia Latina*, 2 (2), 144-157.
- Becoña, E., Oblitas, L. (2013). *¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?* Vol. 1 Bogotá: Bibliomedios editores.
- Bernardi, B. (2010). Transferencia, contratransferencia y vínculo: enfoque clínico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 111, 168-181.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J., Villalba, L. (2004). Guía clínica para psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68 (2), 99-149.

- Bobadilla, D. (2010). *El conductismo, orígenes, trayectoria y significado*. Lima: Universidad San Martín de Porres. Recuperado de <http://docplayer.es/40638625-Universidad-de-san-martin-de-porres-el-conductismo-origenes-trayectoria-y-significado-dante-bobadilla-ramirez.html>
- Bornas, X., Noguera, M. (2002). Bases científicas de la Terapia de Conducta: nuevas propuestas para un viejo problema. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (1), 9-24.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Buck, J. (2002). *Manual y guía de interpretación de la técnica del dibujo proyectivo HTP*. México: El Manual Moderno.
- Cade, B., O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Camacho, J. M. (2002). Apología del conductismo. *Fundación Foro*. Recuperado de www.fundacionforo.com/pdfs/archivo17.pdf
- Canestri, J., Bohleber, W., Denis, P., Fonagy, P. (2006) "The map of private (implicit, preconscious) theories in clinical practice". En *Psychoanalysis: from practice to theory*, Whurr Publisher. (La supervisión en la formación psicoanalítica: el análisis y el uso de las teorías implícitas en la práctica psicoanalítica.) Recuperado de *Asociación Psicoanalítica de Uruguay*, <http://www.apuruguay.org/node/235>
- Cantera, L. (2004). Psicología comunitaria de la salud. En Musitu, G. (Ed.). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: UOC. Pp. 37 – 54.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. España: Paidós.
- Caro, I. (2009). *Manual teórico práctico de psicoterapias cognitivas*. España: Desclée de Brouwer.

- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas principales*. España: Desclée de Brouwer.
- Castanedo, C. (1988). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. España: Herder.
- Castillo, I., Ledo, H., Ramos, A. (2012). Psicoterapia conductual en niños: estrategias de primer orden. *Revista Norte de Salud Mental*, 10 (43), 30-36.
- Cecchin, G. (1998). Sistemas Terapéuticos y terapeutas. En Elkaïm, M. (ed.). *La terapia familiar en transformación*. (pp. 63-71). Paidós: España.
- CESPI de UAEM celebró XXVII aniversario. (31 de octubre del 2018). Alfa Diario. Recuperado de www.alfadiario.com.mx/articulo/2018-10-31/1025028/cespi-de-uaem-celebro-xxvii-aniversario
- Corsi, E., Guerra, C., Plaza, H. (2007). *Diseño, implementación y evaluación de un programa de tratamiento conductual del Síndrome de Asperger*. *Psicología Conductual*. 15 (2). Pp. 253 - 266 Recuperada de <https://docplayer.es/66738638-Diseño-implementación-y-evaluación-de-un-programa-de-manejo-conductual-para-padres-de-niños-con-síndrome-de-asperger.html>
- Cozolino, L. (2011). *Cómo ser un terapeuta: guía práctica para el viaje interior*. México: Paidós.
- Cruz, J. (1984). Breve historia de la modificación y terapia de conducta en España. *Anuario de Psicología*. Vol. 30. Universidad de Barcelona.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 3, 215-224. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/2819/281921795003.pdf

- De Lebl, G. B. (2000). Supervisión clínica. *Universidad Católica Boliviana*, 8, 87-95.
Recuperado de www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232000000200009
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en Terapia Breve*. España: Paidós.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve: una teoría de la solución*. Sevilla: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. España: Alianza Editorial.
- Del Río, M. (2011). Proceso terapéutico y supervisión. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 7 (1), 77-84.
- Díaz, G., Molina, J., Monroy, Z., Bernal, Y. (Comp.). (2012). Textos de apoyo didáctico para la materia Historia de la Psicología. UNAM. Recuperado de www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia_de_la_Psicologia_Alvarez_Diaz_Molina_Aviles_Monroy_Nasr_Bernal_Alvarez_TAD_1_sem.pdf
- Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT. (2014). Cuarto informe de actividades. Recuperado de http://www.archivos.ujat.mx/2014/div_dacs/4to_informe_2013_2014/4_Informe_DACS_2014.pdf
- Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT. (2015). Primer informe de actividades. Recuperado de http://www.archivos.ujat.mx/2015/div_dacs/Informe2014-2015/Cap5_Vinculacion.pdf
http://www.archivos.ujat.mx/2015/div_dacs/Informe2014-2015/Anexos.pdf

- Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT. (2016). Segundo informe de actividades. Recuperado de http://www.archivos.ujat.mx/2017/div_dacs/informes/2016/Cap5_Vinculacion.pdf
http://www.archivos.ujat.mx/2017/div_dacs/informes/2016/Anexos.pdf
- Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT. (2017). Tercer informe de actividades. Recuperado de http://www.archivos.ujat.mx/2017/div_dacs/informes/2017/Cap5_Vinculacion.pdf
http://www.archivos.ujat.mx/2017/div_dacs/informes/2017/anexos.pdf
- Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT. (2018). Cuarto informe de actividades. Recuperado de http://www.archivos.ujat.mx/2018/DACS/informe2018/Cap5_Vinculacion.pdf
<http://www.archivos.ujat.mx/2018/DACS/informe2018/Anexos.pdf>
- Dirección Académica de Ciencias de la Salud UJAT. (2018b). Centro de Psicología Aplicada. Recuperado de <http://www.ujat.mx/dacs/1932>
- Echeburúa, E. (2001). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. España: Pirámide
- Ellis, A., Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Elkaïm, M. (ed.) (1998). *La terapia familiar en transformación*. Paidós: España.
- Enríquez, R., Gómez, T., Zohn, T., (Coord.) (2013). *Psicoterapia contemporánea: Dilemas y perspectivas*. IBERO, ITESO y Universidad de Guadalajara.
- Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX. (2017). Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales. Recuperado de www.facico-uaemex.mx/2018-2022/cespi.html

Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX. (2010). Cuarto informe de actividades. Juntos por nuestra facultad. Recuperado de <http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/CienciasdelaConducta/Informes/Periodo2006-2010/4to%20INFORME%20CIENCIAS%20DE%20LA%20CONDUCTA.pdf>

Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX. (2011). Primer informe de actividades. Recuperado de http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/CienciasdelaConducta/Informes/Periodo2010-2014/1_Informe10-14_FaCiCo.pdf

Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX. (2015). Primer informe de actividades. Recuperado de http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/CienciasdelaConducta/Informes/Periodo2014-2018/1_Informe14-18_FaCiCo.pdf

Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX. (2016). Segundo informe de actividades. Recuperado de http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/CienciasdelaConducta/Informes/Periodo2014-2018/2_Informe14-18_FaCiCo.pdf

Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX. (2017b). Tercer informe de actividades. Recuperado de http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/CienciasdelaConducta/Informes/Periodo2014-2018/3_Informe14-18_FaCiCo.pdf

Facultad de Ciencias de la Conducta UAEMEX. (2018). Cuarto informe de actividades. Recuperado de http://planeacion.uaemex.mx/InfBasCon/CienciasdelaConducta/Informes/Periodo2014-2018/4_Informe14-18_FaCiCo.pdf

- Facultad de Psicología UADY. (2019). Servicios Externos de Apoyo Psicológico. Rescatado de <http://www.psicologia.uady.mx/seap.php>
- Facultad de Psicología UNAM. (2016). Tercer Informe de Actividades. Rescatado de <http://www.planeacion.unam.mx/informes/PDF/FP-2009-2016.pdf>
- Facultad de Psicología UNAM. (2017). Centros de Formación y Servicios Psicológicos Rescatado de www.psicologia.unam.mx/centros-de-formacion/
- Facultad de Psicología UNAM. (2018). Segundo Informe de Actividades. Rescatado de <http://www.planeacion.unam.mx/informes/PDF/FP-2017-2018.pdf>
- Facultad de Psicología UNAM. (2019). Tercer Informe de Actividades. Rescatado de <http://www.planeacion.unam.mx/informes/PDF/FP-2018-2019.pdf>
- Federaciones Internacionales de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja. (2003). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Rescatado de http://files.unicef.org/paraguay/spanish/Primeros_auxilios_sicologicos_IFRC.pdf
- Feixas, G., Miró, T. (1993). *Aproximaciones en psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos* (18ª Ed). Barcelona: Paidós.
- Fensterheim, H., Baer, J. (1976). *No diga si cuando quiera decir no*. México: Grijalbo.
- Fernández, A. (2000). La formación en psicoterapia en la era de la integración. *Revista GOZE*, 3 (8), 9 - 12.
- Fernández, A., Rodríguez, B. (2001). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. España: Desclée de Brouwer.
- Fernández, H. (2008). Supervisión en psicoterapia. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1, 7-15. Recuperado de www.apra.org.ar/pdf/Fernandez_Alvarez_1.pdf

- Fiorenza, A., Nardone, G. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos. Comunicación y problem-solving para los problemas escolares*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (2003). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1856-1922). *Obras completas*. (Vol. I-XXII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Friedman, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio: colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Friedman, S. (Comp). (2005). *Terapia familia con equipo de reflexión: una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes, M. (2006). La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. *Revista Carta Psicoanalítica*, 9. ISSN: 1665–7845. En: www.cartapsi.org/revista/no9/fuentes.htm.
- Fundación UNAM. (2019). Facultad de Psicología fomenta la vinculación entre la academia y lo laboral. Recuperado de <http://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/facultad-de-psicologia-fomenta-la-vinculacion-entre-la-academia-y-la-practica-profesional/>
- Galán, J., De Ávila, X. (2018). Ética y Supervisión en psicoterapia. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 13 (1), 28 – 40.
- García, M. (2004). Los centros universitarios de asistencia psicológica como centros de formación de posgrado en psicología clínica y psicoterapia: la unidad de psicología clínica y de la salud de la UCM. *Papeles del psicólogo*, 25 (87), 56-66.

- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4 (1) 159-171. www.redalyc.org/articulo.oa?id=67940113
- Gianfranco, C., Gerry, L., Wendel, R. (2002). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Año III (1) 1-21. Recuperado de www.revistadeapra.org.ar/pdf/_Gomez.pdf
- Gómez, E. (1992). Enseñanza y supervisión de la psicoterapia. *Revista de Neuro Psiquiatría*, 55 (3) 183-190.
- Goñalons, M. (2006). El genograma: un aporte valioso al psicodiagnóstico. Recuperado de www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/ficha_genograma.pdf
- Haley, J. (1991). *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (2008). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu: Argentina.
- Haley, J. (2009). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hammer, H. (1969). *Test proyectivos gráficos*. México: Paidós.
- Henao, M. (2013). Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista – existencial de hoy. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 83-100. file:///C:/Users/admin/Downloads/Dialnet-DelSurgimientoDeLaPsicologiaHumanisticaALaPsicolog-5123812.pdf
- Hernández Córdoba, A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Revista Diversitas- Perspectivas en*

Psicología, 3 (2), 227-238. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=67930204

Hernández, V. (1994). Psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis, dos extremos de un continuum. *I Jornada de psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica*. Sociedad Española de Psicoanálisis. Recuperado de www.historia-psicoanalisis.es/pdf/PSICOTERAPIAPSICOANALITICAPSICOANALISIS.pdf

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia: guía práctica para estrategias clínicas creativas*. Barcelona: Paidós.

Keeney, B., Jeffrey, R. (2007). *Construcción de terapias familiares sistémicas: espíritu en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Knöbl, E. (2009). Los estudiantes y la psicoterapia. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1 (1), 1 - 5.

Koch, K. (1962). *El test del árbol. El dibujo del árbol como medio psicodiagnóstico auxiliar*. Buenos Aires: Kapelusz

Lander, R. (2013). Observaciones sobre la práctica y la formación psicoanalítica actual: realidades y ficciones. *30° Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis*. Recuperado de www.fepal.org/nuevo/images/trabajo_landar.pdf

Laverde, E. (2011). La formación del psicoanalista. Comparación de la formación en cinco institutos. *Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 36 (1), 149 – 159.

Lazarus. A. (2000). *Enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. España: Desclée de Brouwer.

- Leahey, T. (1998). *Historia de la Psicología. Principales corrientes en el pensamiento psicológico*. España: Prentice Hall Iberia.
- Leivi, M. (1995). La palabra, el silencio y la contratransferencia. *Psicoanálisis*. 17 (2), 347-370. Recuperado de biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=26438
- López, M. A. (2009). La Psicoterapia Humanista. *Revista Psicología Online*, 13, 1. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/713/688/>
- Loubat O., M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: una posición sustentada en la experiencia clínica. *Terapia Psicológica*, 23 (2) 75-84. Recuperada de https://www.researchgate.net/publication/26493165_Supervision_en_Psicoterapia_Una_Posicion_Sustentada_en_la_Experiencia_Clinica?enrichId=rgreq-e764db50c224250edf2edaa6fd8fbbdf-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzI2NDkzMTY1O0FTOjEzOTUxMDYxNjY5NDc4NUAxNDEwMjczMzMxODE1&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf
- Madanes, C. (2007). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mardones, R., Albornoz, A. (2014). Una reflexión sobre la terapia narrativa, en contexto de formación y aplicación. *Revista Ajayu*, 12(1), 100 - 119.
- Manríquez, P. (1982). *Sistemas terapéuticos contemporáneos aplicados*. México: Trillas.
- Martínez, J. (2005). Visión multicéntrica de la supervisión didáctica en la formación del terapeuta gestáltico. Asociación Venezolano de Psicoterapia. Recuperado de

http://institutovenezolanodegestalt.com.ve/articulos_profesores/SUPERVISION%20Y%20GESTALT%20por%20Jesus%20Miguel%20Martinez.pdf

McGoldrick, M., Gerson, R. (2008). *Genogramas en la evaluación familiar*. España: Gedisa.

Meana, R., Méndez, J., Alarcón, A. (2012). Terapia psicoanalítica. Estrategia para la formación práctica universitaria y la investigación clínica. *Clínica contemporánea*, 3 (1), 35 - 61.

Miller, G. (2003). La revolución de la psicología cognitiva: una perspectiva histórica. (The cognitive revolution: a historical perspective). *Trends in Cognitive Sciences*, 7 (3), 141-144. Recuperado de <https://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/miller-03.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (2006). Modelo de Intervención en crisis en situaciones de emergencia y desastre. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: El Salvador. Recuperado de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/modelo_intervencion_situaciones_emergencias.pdf

Minuchin, S., Nichols, M., Lee, W. (2007). *Evaluación de parejas y familia: del síntoma al sistema*. Barcelona: Paidós.

Montalvo, J., Espinosa, M.R. (2011). *Supervisión y terapia sistémica: modelos, propuestas y guías prácticas*. México: Cree-Ser.

Narvaja de Arnoux, E., Di Stefano, M. y Pereira, M.C. (2016) *La lectura y la escritura en la universidad*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.

Nardone, G. (2004). *Psicosoluciones*. España: Herder.

Nardone, G., Watzlawick, P. (2003). *Terapia breve: filosofía y arte*. España: Herder.

- Nieto, M. (2012). *El equipo terapéutico en patologías mentales graves*. Asociación Madrileña de Salud Mental.
- O' Hanlon, B. (2005). *Crece a partir de la crisis. Cómo convertir una situación difícil o traumática en una oportunidad de cambio personal*. México: Paidós.
- O' Hanlon, H., Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.
- Olabarria, B., Vázquez, P. (2007). El cambio psicoterapéutico en la investigación clínica desde el modelo sistémico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27 (99), 7 - 19.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*. Rescatado de www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/GuiaPracticadeSaludMental.pdf?ua=1
- Palacios, J. (2013). Comunidad Terapéutica. Una definición operativa. Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Recuperado de: http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/Palacios_Juan.pdf
- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata G. (1991). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. España: Paidós.
- Palazzoli, M., Cirillo, S., D'Etorre, L., Garbellini, M., Ghezzi, D., Lerma, M., Lucchini, M., Martino, C., Mazzoni, G., Mazzucchelli, F. y Nichele, M. (1996). *El mago sin magia: cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- Parada, A. L. (2012). La Intervención en Crisis como Herramienta Terapéutica del Psicólogo de la Salud. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades*

Apoyadas por Tecnologías, 1(1), 7-14. file:///C:/Users/usuario/Downloads/42-1-180-2-10-20161227.pdf

Peláez, M., Lozada, M., Olano, N. (2013). Re-conocer los pasos, retos para el futuro: la investigación en psicología humanista. *Psicología desde el Caribe*, 30 (2), 416-448.

Pérez, L., Parra, E., Espinosa, I. (2014). *Introducción a la psicoterapia*. México: Ecofarm

Perrés, J. (2000). *Proceso de constitución del método psicoanalítico*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Portuondo, J. (2012). *La figura humana: test proyectivo de Karen Machover*. México: Siglo XXI.

Puche, R. (2002). Las psicologías cognitivas y las psicologías de la mente. Herencias, relaciones, tensiones y perspectivas. Conferencia Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

Querol, S., Chaves, M. (2005). *Test de la persona bajo la lluvia. Adaptación y aplicación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ramírez Andrade, I. (2012). *Sistematización de los aprendizajes por descubrimiento generados en los espacios de la práctica supervisada*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Iberoamericana, Puebla, Pue.

Retaloza, A. (2017). Sobre el equipo terapéutico en salud mental. Norte de salud mental. *Revista de salud mental y psiquiatría comunitaria*, 15(57).

Reyes, M.P. (2010). La supervisión en psicoterapia. *Instituto de Terapia Racional Emotiva*. Rescatado de <http://itrec.blogspot.mx/2010/08/la-supervision-en-psicoterapia.html>

- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu* 12 (2), 135-186. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545458006>
- Rivière, A. (1991). Orígenes históricos de la psicología cognitiva: paradigma simbólico y procesamiento de la información. *Anuario de Psicología*. 51, 129-155.
- Robles, T. (1991). Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig. México: Instituto Milton Erickson.
- Rogers, C. (1982). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Paidós: España.
- Rosales Ortiz, R. (1997). Algunas reflexiones sobre la supervisión como proceso educativo. *Revista Educación*, 21 (2).
- Rosen, S. (1987). *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. México: Paidós.
- Salama, H. (2008). *Gestalt de persona a persona*. México: Alfaomega.
- Salama, H., Castanedo, C. (1991). *Manual Psicodiagnóstico: Intervención y Supervisión para Psicoterapeutas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez Escárcega, J. (2015). *La práctica psicoanalítica: teoría, clínica, aplicaciones, investigación y enseñanza*. Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Sansinenea, P. (2005). La supervisión en terapia Gestalt: un intento de revisión. *Revista Latina de Terapia Gestalt*. Universidad del País Vasco. Recuperado de [la_supervision_en_terapia_gestalt_un_intento_de_revision.pdf](#)
- Santiago, J., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A., Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires*, 16, 43-51

- Saucedo Pérez, C. (2014). *La supervisión clínica psicoanalíticamente orientada desde la visión de alumnos, supervisores y expertos*. (Tesis de doctorado inédita) Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Serrano, M. (2001). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo? *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 4, (1), UNAM.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/22825/21551>
- Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba. (2005). *Intervención psicológica ante situaciones de emergencia y desastre*. Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba: España. Recuperado de www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Publicaciones_lpbs/Protocolo_ipcased.pdf
- Shunck, D. (2012). *Teorías del Aprendizaje. Una perspectiva educativa*. México: Pearson.
- Siquier, M., Solimano, A. (2004). Reflexiones sobre el método psicoanalítico. *Asociación psicoanalítica de Buenos Aires*, 27, 149-163.
- Sirigatti, S., Stefanile, C., Nardone, G. (2011). *El descubrimiento y los hallazgos de la psicología. Un viaje a través de la mente humana*. México: Paidós.
- Skinner, B.F. (1971). *Ciencia y conducta humana: una psicología científica*. Barcelona: Fontanella.
- Slaikeu, K. A. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Sosa, M., Cetina, A., Escoffí, E., Martínez, M. y Balam, J. (2014). *Prevalencia y Correlatos Socio Demográficos Del Servicio Externo de Atención Psicológica De Una Universidad Pública*. Memorias del Congreso Mexicano de Psicología. Boca

del Río, Veracruz. Recuperado de http://psicologia.mx/images/sampled/XXII_CMP/MemoriaXXII.pdf pp. 857.

Stora, R. (1980). *El test del árbol*. España: Paidós.

Tovar, C., Herrera, D., Cetina, A. (2018). *Estudio longitudinal de la demanda de servicios psicológicos en un centro universitario*. XLV Congreso del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C. Universidad Autónoma de Zacatecas. Recuperado de https://www.cneip.org/new/documentos/memorias/memoria_XLV.pdf

Tumas, D. (2001). *El psicoanálisis y su método*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/776_cuestiones_clinicas/material/psicoanalisis_y_su_metodo2.pdf

Unidad Académica de Psicología UAZ. (2014). *Segundo informe*. Recuperado de <http://psicologia.uaz.edu.mx/documents/884723/897549/Informe+de+Labores+2013-2014.pdf/9ea26664-d75b-3fcf-884d-f6285f100fa3>

Unidad Académica de Psicología UAZ. (2015). *Tercer informe*. Recuperado de <http://psicologia.uaz.edu.mx/documents/884723/897549/3er++Informe+Laura+2014++2015.pdf/6fcd5040-6000-4077-e5d6-1626eb56b003>

Unidad Académica de Psicología UAZ. (2016). *Cuarto informe*. Recuperado de <http://psicologia.uaz.edu.mx/documents/884723/897549/4+informe++LABORES+2016.pdf/86d969e4-6a7b-9b5d-ccde-30c7dcd096aa>

Unidad Académica de Psicología UAZ. (2017). *Primer informe*. Recuperado de <http://psicologia.uaz.edu.mx/documents/884723/897549/1+Informe+psicologia+2017+%281%29.pdf/f109258f-8e01-7d0e-7614-d225c6d0016b>

- Unidad Académica de Psicología UAZ. (2018). *Segundo informe*. Recuperado de <http://psicologia.uaz.edu.mx/documents/884723/897549/2º+Informe+Psicología.pdf/595c25ef-518f-d451-9c92-77595f65f5ea>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2000). *Memoria 2000*. Recuperado de <http://www.planeacion.unam.mx/Memoria/2000/pdf/fp.pdf> pp. 8.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2001). *Memoria 2001*. Recuperado de <http://www.planeacion.unam.mx/unam40/2001/pdf/fp.pdf> pp. 11
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2002). *Memoria 2002*. Recuperado de <http://www.planeacion.unam.mx/unam40/2002/pdf/fp.pdf> pp. 4.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2003). *Memoria 2003*. Recuperado de <http://www.planeacion.unam.mx/unam40/2003/pdf/fp.pdf> pp. 241.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2004). *Memoria 2004*. Recuperado de <http://www.planeacion.unam.mx/unam40/2004/pdf/fp.pdf> pp. 264.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2014). *Memoria 2014*. Recuperado de <http://www.planeacion.unam.mx/Memoria/2014/PDF/4.19-FP.pdf> pp. 16.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2015). *Memoria 2015*. Recuperado de <http://www.planeacion.unam.mx/Memoria/2015/PDF/4.19-FP.pdf> pp. 21.
- Varela, F. (1998). Las múltiples figuras de la circularidad. En Elkaïm, M. (ed.). *La terapia familiar en transformación*. (pp. 127- 130). Paidós: España.
- Villegas, M. (1986). *La psicología humanista: historia, concepto y método*. *Anuario de Psicología*, 34, 1-40. Universidad de Barcelona. Recuperado de www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/64549/88511
- Wainrib, B.R., Bloch, E.L. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. España: Desclée De Brouwer.




- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. España: Herder.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (2003). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. México: Herder.
- Wender, L. (2010). Intervisión: un concepto acerca de supervisión. *Revista Psicoanálisis*, 23, (2/3), pp. 203-206. Recuperado de pesquisa.bvsalud.org/bivipsil/resource/es/psa-44109
- Whitaker, C. (1991). *De la psique al sistema: jalones en la evolución de una terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Whitaker, C., Bumberry, W. (1991). *Danzando con la familia: un enfoque simbólico-experiencial*. España: Paidós.
- Whitaker, C. (1992). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona: Paidós.
- Wolpe, J. (1980). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.
- Yela, M. (1996). La evolución del conductismo. *Psicothema*, 8, 165-186.
- Yildiz, I. (2010). Teoría y técnica de psicoterapia psicoanalítica. Recuperado de <http://www.psicoanalistaiyildiz.com/index.php/mis-libros/30-teoria-y-tecnica-de-psicoterapia-psicoanalitica>.
- Zuk, G., Boszormenyi-Nagy, I. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica.

APÉNDICES

APÉNDICE A TARJETA DE INFORMACIÓN

CECLIPSI
CENTRO CLÍNICO DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
HORARIO DE ATENCIÓN DE LUNES A VIERNES:
 9:00 A.M. A 5:00 P.M.
Costos:
 Entrevista Inicial: \$70
 Sesiones subsecuentes: \$50
 Alumnos BUAP: \$30
DIR.: 3 ORIENTE 403 (PLANTA BAJA)
TELÉFONOS: 242 – 33 – 37 EXT. 112
242 – 61 – 43 EXT. 112
 Correo electrónico: ceclipsibuap@hotmail.com

APÉNDICE B LISTA DE ESPERA USUARIOS EXTERNOS A LA BUAP

|   | | FACULTAD DE PSICOLOGÍA CENTRO CLÍNICO DE PSICOLOGÍA LISTA DE ESPERA "EXTERNOS" | | | | | | |  |
|---|--------------------|--|--------|------|----------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|---|
| RESUESTA | Terapeuta asignado | No. de Llamadas | NOMBRE | EDAD | TELÉFONO Y/O CELULAR | MOTIVO DE CONSULTA | HORARIO DISPONIBLE | FECHA / TERAPEUTA QUE ATENDIÓ | |
| SI | | | | | | | | | |
| | | | P.I. | | | | | | |
| | | | P.I. | | | | | | |
| | | | P.I. | | | | | | |

APÉNDICE C LISTA DE ESPERA USUARIOS DE LA BUAP

| FACULTAD DE PSICOLOGÍA CENTRO CLÍNICO DE PSICOLOGÍA LISTA DE ESPERA "INTERNOS" | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------|--------|------|-------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| RESPUESTA SI NO | Terapeuta asignado | No. de Llamadas | NOMBRE | EDAD | TELÉFONO Y/O CELULAR | MOTIVO DE CONSULTA | HORARIO DISPONIBLE Y FACULTAD | CUATRIMESTRE | FECHA / TERAPEUTA QUE ATENDIÓ |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

APÉNDICE D CONDONACIÓN DE PAGO – ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA,
CENTRO CLÍNICO DE PSICOLOGÍA,
CECLIPSI

Formato de Estudio Socioeconómico
Ficha de identificación de los usuarios

Fecha:
 Nombre (PI):
 Nombre padres (en caso de ser menor):
 Edad:
 Edo. Civil:
 Lugar de Nacimiento:
 Ocupación:
 Escolaridad:
 Dirección:
 Teléfono:
 Persona o Institución que remite:

Datos Socioeconómicos

Personas con las que vive actualmente

Padre y Madre

Padre

Madre

Hermanos

Cónyuge o pareja

Hijos

Otro familiar

Amigo o amigos

Sólo

Otro (especificar)

La casa donde habitan es:

Propia

Rentada

Prestada

Se esta pagando

Otra (especificar)

¿Cuántos cuartos tiene la casa sin contar baños ni pasillos?

Uno

Dos

Tres

Cuatro

Cinco

Más de cinco

¿Cuántas personas viven en la casa?

Uno

Dos

Tres

Cuatro

Cinco

Seis

Más de seis

Cuántas personas dependen económicamente de su principal apoyo o sustento?

Uno

Dos

Tres

Cuatro

Cinco

Más de seis

| | | | |
|---|--|--|--|
| Sabe leer y escribir | | | |
| No fue a la escuela | | | |
| No terminó la primaria | | | |
| Terminó primaria | | | |
| No terminó secundaria | | | |
| Terminó secundaria | | | |
| Capacitación técnica | | | |
| No terminó la preparatoria o bachillerato | | | |
| Terminó la preparatoria o bachillerato | | | |
| No terminó la licenciatura, ingeniería o normal | | | |
| Terminó la licenciatura | | | |
| No terminó maestría o doctorado | | | |
| Terminó maestría o doctorado | | | |
| Otro (especificar) | | | |

Se autorizó la condonación SI () NO ()

Nombre de la persona que realizó el estudio:

Nombre de la persona que condonó pago:

Psic. Isabel Stange Espínola

Directora de CECLIPSI

Observaciones del aplicador:

APÉNDICE E ENTREVISTA INICIAL



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO CLÍNICO DE PSICOLOGÍA

Entrevista inicial

Fecha: _____
Datos de Identificación.

Nombre (PI):
Edad:
Lugar de nacimiento:
Estado civil:
Escolaridad:
Ocupación:
Dirección:
Teléfono:
Correo electrónico:

Nombre del padre:
Edad:
Lugar de nacimiento:
Estado civil:
Escolaridad:
Ocupación:
Dirección:
Teléfono:
Correo electrónico:

Nombre de la madre:
Edad:
Lugar de nacimiento:
Estado civil:
Escolaridad:
Ocupación:
Dirección:
Teléfono:
Correo electrónico:

Otras personas que viven en la casa:
Nombre:
Edad:
Lugar de nacimiento:
Estado civil:
Escolaridad:
Ocupación:

¿Cómo supo de la existencia del servicio?

Motivo de consulta. Presentación del problema

Personas involucradas (Genograma)

Origen y desarrollo del problema

Intentos previos de solución

a) Personales:

b) Profesionales

Objetivos de la consulta:

Observaciones:

Terapeuta que entrevistó:

Condonación () Estudiante BUAP () Trabajador o hijo de trabajador BUAP ()

APÉNDICE F CONTRATO TERAPÉUTICO

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CENTRO CLÍNICO DE PSICOLOGÍA
CONTRATO DE TRABAJO

Autorizo que CECLIPSI pueda observar y grabar todas las entrevistas, esto con el objetivo de ser estudiadas y utilizadas con fines educativos y de investigación.

Tengo claro que todas aquellas personas que puedan observar la sesión o ver la grabación, son profesionales de la psicología, que respetarán mi privacidad y protegerán mi identidad.

Acepto que, por motivos terapéuticos, si se considera conveniente, se me asigne otro terapeuta durante el proceso de la terapia.

Tengo conocimiento que el tiempo límite de tolerancia para asistir a las sesiones es de 15 minutos. Pasado dicho tiempo la sesión se cancelará y se reagendará.

Me comprometo a informar mi falta, en caso de no poder presentarme a la sesión programada, con un mínimo de 24 horas de anticipación, de lo contrario ésta no se llevará a cabo hasta mi llamada o asistencia para reprogramar la sesión. En caso de tres cancelaciones o faltas consecutivas, se cancelará el servicio.

El Centro Clínico de Psicología (CECLIPSI) se compromete a brindar un servicio terapéutico de calidad y ética profesional.

He leído y entendido el presente documento y estoy de acuerdo con su contenido.

Fecha: _____

Nombre y firma de todos los asistentes a la entrevista

