

SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
ALEJANDRO GUTIÉRREZ CEDEÑO
IMELDA ZARIBEL OROZCO RODRÍGUEZ
Coordinadores



Universidad Autónoma
del Estado de México



Doctor en Ciencias e Ingeniería Ambientales
Carlos Eduardo Barrera Díaz
Rector

Doctor en Ciencias Computacionales
José Raymundo Marcial Romero
Secretario de Docencia

Doctora en Ciencias Sociales
Martha Patricia Zarza Delgado
Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados

Doctor en Ciencias de la Educación
Marco Aurelio Cienfuegos Terrón
Secretario de Rectoría

Doctora en Humanidades
María de las Mercedes Portilla Luja
Secretaria de Difusión Cultural

Doctor en Ciencias del Agua
Francisco Zepeda Mondragón
Secretario de Extensión y Vinculación

Doctor en Educación
Octavio Crisóforo Bernal Ramos
Secretario de Finanzas

Doctora en Ciencias Económico Administrativas
Eréndira Fierro Moreno
Secretaria de Administración

Doctora en Ciencias Administrativas
María Esther Aurora Contreras Lara Vega
Secretaria de Planeación y Desarrollo Institucional

Doctora en Derecho
Luz María Consuelo Jaimes Legorreta
Abogada General

Doctora en Ciencias de la Educación
Yolanda Eugenia Ballesteros Senties
Secretaria Técnica de la Rectoría

Licenciada en Comunicación
Ginarely Valencia Alcántara
Directora General de Comunicación Universitaria

Doctor en Ciencias Sociales
Luis Raúl Ortiz Ramírez
*Director General de Centros Universitarios y
Unidades Académicas Profesionales /A*

Doctora en Ciencias de la Educación
Sandra Chávez Marín
*Directora General de Centros Universitarios y
Unidades Académicas Profesionales /B*

SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

DIRECCIÓN DE PUBLICACIONES UNIVERSITARIAS
Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México

Doctor en Ciencias e Ingeniería Ambientales

Carlos Eduardo Barrera Díaz

Rector

Doctora en Humanidades

María de las Mercedes Portilla Luja

Secretaria de Difusión Cultural

Doctor en Administración

Jorge Eduardo Robles Alvarez

Director de Publicaciones Universitarias

SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS
ALEJANDRO GUTIÉRREZ CEDEÑO
IMELDA ZARIBEL OROZCO RODRÍGUEZ
Coordinadores



Universidad Autónoma del Estado de México

“2022, Celebración de los 195 Años de la Apertura de las Clases en el Instituto Literario”

Salud mental y bienestar psicológico / José Antonio Vírveda Heras, Alejandro Gutiérrez Cedeño, Imelda Zaribel Orozco Rodríguez, coordinadores.

1ª ed.

Toluca, Estado de México : Universidad Autónoma del Estado de México, 2022.

126 p : il. ; 27 cm.

ISBN: 978-607-633-554-3

Incluye referencias bibliográficas.

1. Salud mental.
2. Promoción de la salud mental.

- I. Vírveda Heras, José Antonio, coord.
- II. Gutiérrez Cedeño, Alejandro, coord.
- III. Orozco Rodríguez, Imelda Zaribel, coord.

RA790.53 .S35 2022

Este libro fue positivamente dictaminado con el aval de dos revisores externos, conforme al Reglamento de la Función Editorial de la UAEMéx.

Primera edición, noviembre 2022

Salud mental y bienestar psicológico

José Antonio Vírveda Heras

Alejandro Gutiérrez Cedeño

Imelda Zaribel Orozco Rodríguez

Coordinadores

Universidad Autónoma del Estado de México

Av. Instituto Literario 100 Ote.

Toluca, Estado de México

C.P. 50000

Tel: 722 481 1800

<http://www.uaemex.mx>

Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (Reniecyt): 1800233



Esta obra está sujeta a una licencia *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Los usuarios pueden descargar esta publicación y compartirla con otros, pero no están autorizados a modificar su contenido de ninguna manera ni a utilizarlo para fines comerciales. Disponible para su descarga en acceso abierto en: <http://ri.uaemex.mx>

ISBN: 978-607-633-554-3

Hecho en México

El contenido de esta publicación es responsabilidad de las personas autoras.

Director del equipo editorial: Jorge Eduardo Robles Alvarez

Coordinación editorial: Ixchel Díaz Porras

Gestión de diseño: Liliana Hernández Vilchis

Corrección de estilo: Edith Muciño Martínez

Diseño: Eva Laura Rojas Almazán

Diseño de portada: Martha Díaz Cuenca



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIONES SEXUALES Y SU TRATAMIENTO <i>Alejandro Gutiérrez-Cedeño y Carmen Berenice Caro-González</i>	15
INTERVENCIÓN EN CRISIS SUICIDA VÍA TELEFÓNICA <i>Rafael Revueltas-Mira</i>	49
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS <i>María del Rosario Porcayo-Mercado, Aura Yareth González-Sánchez y Miguel Ángel Gama-Ávila</i>	71
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS PROCESOS DE PREVENCIÓN: UNA EXPERIENCIA DEL CESPI ITINERANTE <i>Alejandro Lara-Figueroa</i>	89
UNA ESTRATEGIA DE APOYO TUTORIAL PARA LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR <i>Imelda Zaribel Orozco-Rodríguez</i>	105
PROPUESTA DE EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD PSICOLÓGICA DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO <i>Alejandra Moysén-Chimal, Gloria Margarita Gurrola-Peña, Patricia Balcázar-Nava, Martha Cecilia Villaveces-López, Elizabeth Estrada-Laredo, Alejandro Gutiérrez-Cedeño y Luis Javier Villegas-López</i>	123
LAS EMOCIONES DEL DOCENTE DENTRO DEL AULA <i>Richardison Da Costa</i>	139
NARRATIVA DE UNA TERAPEUTA PRINCIPIANTE <i>Ana Elena Hernández-Navarrete</i>	155

EL TERAPEUTA RESILIENTE, UNA CARA, CIEN ROSTROS, MIL HISTORIAS

José Antonio Virseda-Heras

169

AUTORES

195

Aportaciones desde la perspectiva del Centro de Estudios Psicológicos Integrales (CESPI) de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Esta obra está dedicada a los amigos, clientes, pacientes, administrativos, estudiantes, asistentes, terapeutas y supervisores del CESPI, a la directora de la Facultad de Ciencias de la Conducta, Dra. en A. Dir. María Teresa García Rodea. Con especial agradecimiento por su orientación y siempre acertadas sugerencias a la directora editorial, Dra. Adelaida Rojas García

INTRODUCCIÓN

El Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (CESPI) ha crecido mucho desde sus inicios, a partir de entonces ha tenido como objetivo principal planear, coordinar y controlar servicios diversos de atención psicológica a la comunidad de la Facultad, de la Universidad y de la comunidad externa (facico-uaemex.mx/2018-2022/cespi.html) en diferentes niveles y con múltiples programas.

El presente trabajo deriva de la necesidad de compartir con el público en general y en especial con la comunidad universitaria, las experiencias de los autores con respecto al trabajo en el CESPI en un sentido amplio, por lo que se incorporan aspectos que vinculan al centro de atención con aspectos de docencia, tutoría e investigación, así como estrategias de atención a la comunidad estudiantil y a la ciudadanía en general.

Aunque la gama de funciones es muy variada, esta publicación busca contribuir con la difusión de una parte de esas tareas, esperando que en el futuro se continúe con tan fructífera experiencia.

En el primer capítulo se presenta el “Manual de diagnóstico de disfunciones sexuales y su tratamiento”, que pretende brindar información referente a los comportamientos sexuales, las diferentes expresiones de la sexualidad, la definición y clasificación de las disfunciones sexuales, así como el diagnóstico y tratamiento de dichas disfunciones

Posteriormente, en “Intervención en crisis suicida vía telefónica”, en el marco de las corrientes teóricas y prácticas que sugieren la posibilidad de ofrecer tratamientos breves para los sujetos en crisis, se presenta el caso de la Línea de Atención Psicológica Universitaria, que orienta los esfuerzos terapéuticos breves a la atención al suicidio como uno de los protocolos prioritarios. Se da a conocer, de forma general, el modo de abordaje de las crisis de tipo suicida, cuyo propósito es atenuar la posibilidad de consumir la idea suicida, además de encauzar al consultante a atenciones presenciales competentes, considerando la diversidad de modelos de intervención que se proporcionan a través del CESPI.

Más adelante, en el capítulo titulado: “Evaluación psicológica en niños de 4 a 6 años”, se parte de los servicios de valoración neuroconductual a niños de entre 0 y 11

años que se realizan en el Centro de Servicios Psicológicos Integrales, quienes asisten por diferentes problemáticas tanto de aprendizaje como de conducta, se describen los procedimientos e instrumentos para la valoración neuroconductual en infantes de 4 a 6 años, así como los resultados de la misma; además de que se expone la orientación dada a los padres sobre las reglas, límites y normas que se deben establecer en casa, con la finalidad de resolver los motivos por los que fueron canalizados.

En el capítulo cinco, “Intervención psicosocial en los procesos de prevención: una experiencia del CESPI itinerante”, se expone un panorama general sobre una experiencia que se ha denominado psicosocio-académica, se describen las problemáticas que dan origen al CESPI itinerante como una estrategia de intervención a problemas psicosociales ya conocidos y problemas relacionados con la salud mental derivadas de nuevas formas de interacción humana, se da el fundamento teórico del tipo de intervención expuesto y se explica la contribución del proyecto a la generación de profesionales para trabajar temas recurrentes en materia de salud mental.

En el capítulo seis, a propósito de la importancia de la educación en el desarrollo social, económico y cultural de un país y las dificultades que en esta materia existen en México; en “Una estrategia de apoyo tutorial para los estudiantes en la educación superior”, se diserta respecto de la importancia de los programas de tutoría académica como una herramienta que contribuye a la disminución de las dificultades académicas y de forma particular se establece la importancia del CESPI para la atención a situaciones emocionales y relacionadas con la salud mental de los y las estudiantes como estrategia para aumentar el rendimiento y contribuir a la permanencia académica.

Por lo que se refiere al capítulo “Propuesta de evaluación y prevención de la salud integral del estudiante universitario”, en él se propone un Programa de Salud Integral del Estudiante Universitario, una estrategia transversal para prevenir y atender problemas de salud mental que involucran a las y los estudiantes. Se describen los diferentes momentos considerados en el programa, tales como la promoción de la salud mental, la generación de factores de protección y la incorporación de las y los estudiantes en un programa de educación positiva.

Más adelante en “Las emociones del docente dentro del aula” se busca hacer una reflexión sobre el aspecto emocional de la profesión del docente, sus demandas y exigencias dentro del aula y las respuestas a ellas, tomando en consideración que los alumnos, sean niños, adolescentes o adultos, a menudo llegan a la escuela con carencias emocionales. Se enfatiza la necesidad de una preparación emocional eficaz

del docente, adquiriendo la competencia de gestionar bien sus propias emociones, pues sólo entonces, será capaz de desarrollar el despertar emocional de sus alumnos.

“Narrativa de una terapeuta principiante” es un capítulo que aborda, a partir de una reflexión, la experiencia de vida de una terapeuta que durante el inicio de su ejercicio profesional se hace preguntas inquietantes, tales como por qué eligió esa carrera, qué hace con los pacientes, cómo son sus avances y estancamientos, cómo se forma uno, cómo se enfrenta a los retos.

Finalmente, en “El terapeuta resiliente, una cara, cien rostros, mil historias”, se expone, en primer lugar, la carrera profesional, las fases del desarrollo, las trayectorias de los terapeutas, en segundo lugar, las experiencias del autor y de otros terapeutas con respecto a algunas variables de su desarrollo profesional como son el contexto, las fases, la satisfacción, los recursos con los que creen los terapeutas contar para solucionar sus dificultades (autoliderazgo), el equilibrio, la estructura, el estrés.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIONES SEXUALES Y SU TRATAMIENTO

Alejandro Gutiérrez-Cedeño | Carmen Berenice Caro-González

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

El presente “Manual de diagnóstico de disfunciones sexuales y su tratamiento” pretende brindar información referente a los comportamientos sexuales, las diferentes expresiones de la sexualidad, la definición y clasificación de las disfunciones sexuales, así como el diagnóstico y tratamiento de dichas disfunciones. Este material está integrado por tres anexos de formato sobre Historia Clínica, Historia Clínica Sexual e Historia Clínica Individual en el Área de Pareja; asimismo, el manual cuenta con un apartado de tratamiento de enfoque conductual con la intención de instruir al consultante para tratar diversas disfunciones sexuales.

ABSTRACT

The present “Manual of Diagnosis of Sexual Dysfunctions and their Treatment”, aims to provide information regarding sexual behaviors, the different expressions of sexuality, the definition and classification of sexual dysfunctions, as well the diagnosis and treatment for same dysfunctions. This material is complemented by three annexes on Clinical History, Sexual Clinical History and Individual Clinical History in the Couple Area; Likewise, the manual has a section on Behavioral approach treatment with which it is intended to instruct the consultant to treat various sexual dysfunctions.

COMPORTAMIENTOS SEXUALES

Es preciso mencionar que los comportamientos sexuales, heterosexuales, bisexuales y homosexuales no son fijos, pueden modificarse a lo largo de la vida inclusive en más de una ocasión. Todos los humanos heredamos nuestros órganos sexuales, pero no la posibilidad de responder preferentemente hacia unos u otros. El propio Freud

afirmaba que al nacer todos somos individuos con un potencial bisexual ya que no éramos practicantes ni de la homosexualidad ni de la heterosexualidad (Masters, 1987).

Alvarez-Gayou (2001), al analizar diversas teorías sobre el origen hormonal, descubrió que los resultados en ellas indicaban múltiples y contradictorios resultados a problemas y limitaciones en las propias metodologías de los estudios realizados y/o al hecho de que no existen los suficientes estudios sobre el origen hormonal de la heterosexualidad; con ello resulta difícil comprender el origen de la homosexualidad y la bisexualidad.

HOMOSEXUALIDAD

“La homosexualidad se presenta como la condición humana de una persona que, a nivel de la sexualidad, se caracteriza por sentirse condicionada a expresarse ‘sexualmente’ sólo con las parejas de su mismo sexo” (Mons. Chomali, 2008: 15).

La Iglesia ha intentado suprimir esta expresión sexual al considerarla “pecaminosa”, “sucía”, “pecado”, “merecedora de castigo”; a tal grado que en algunos países la han juzgado como delito perseguible, afortunadamente en México no es así, sin embargo, los cuerpos policíacos la reprimen y persiguen con finalidades de extorsión. Inclusive estuvo catalogada por los psiquiatras como enfermedad mental, intentando curarla (Masters, 1987).

La característica principal de la homosexualidad es dada por una “fuerte atracción preferencial hacia personas del mismo sexo” (Marmor y Green; 1978 citado por Álvarez-Gayou, 2001), “el gusto o la preferencia para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo” (Alvarez-Gayou, 2001: 18).

BISEXUALIDAD

La bisexualidad se refiere generalmente a tener atracción por más de un género. Es un término amplio que puede incluir los siguientes grupos y más:

Las personas que se ven atraídas por “hombres y mujeres”.

Las personas que son en su mayoría atraídos por un género, pero reconocen que esto no es exclusivo.

- Las personas que experimentan sus identidades sexuales fluidas y cambiantes en el tiempo.

- Las personas que ven su atracción como “independientemente de su sexo (otros aspectos de la gente son más importantes para determinar por quién se sienten atraídos) (Barker *et al.*, 2012: 11).

Incluso quien se encuentra en el sector fundamentalmente heterosexual, tiene un componente pequeño de homosexualidad, con lo que se habla de un cierto grado de bisexualidad.

Storms (citado por Gómez J., 2014: 154), “desde el planteamiento de doble dimensión, indica que los bisexuales poseerían una intensidad de respuesta alta respecto al homoeroticismo y el heteroeroticismo”. Con ello se puede deducir que cada persona puede disponer tanto de la dimensión heterosexual como de la homosexual, viviendo cada una de ellas con diferente intensidad.

HETEROSEXUALIDAD

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) la heterosexualidad se refiere a aquellas personas inclinadas sexualmente hacia individuos del sexo contrario.

La “heteronormatividad” o la “heterosexualidad obligatoria” busca construir una especie de pilar cultural dominante en la sociedad, la cual sitúa en la cima de valor sexual a la heterosexualidad; etiquetando de esta manera a la heterosexualidad como lo más “normal” o “sano”. “Conceden a la heterosexualidad la plena riqueza de la experiencia humana; Rubin (1989, citado por Rabbia, 2012: 2) y la definen como característica “innata” y “sana” del cuerpo o la personalidad, o como un repertorio de conductas “deseables” asociadas a la función reproductiva de la sexualidad”.

EXPRESIONES DE LA SEXUALIDAD

En cuanto a comportamiento sexual, cada ser humano tiene derecho de hacer lo que desee, con las únicas excepciones de no dañar a otras personas, que quien participe lo haga porque quiere hacerlo y en conocimiento de las consecuencias de los propios actos. El uso de términos como desviación, aberración o perversión ante cualquier expresión de la sexualidad, presupone una censura y condena previa; por ello es importante conocerlos, respetarlos y evitar todo tipo de juicios (Alvarez-Gayou, 2001).

“El Instituto Mexicano de Sexología propuso y adoptó la denominación de expresiones comportamentales de la sexualidad, en la cual se engloban no sólo las llamadas desviaciones o perversiones, sino que se incluyen otras como bisexualidad, homosexualidad y heterosexualidad” (Alvarez-Gayou, 2001: 35).

Alvarez-Gayou propone una hipótesis en donde plantea: “todas las expresiones comportamentales de la sexualidad integran el universo expresivo del ser humano, en el que potencialmente se encuentran todas, aun cuando algunas lo hagan en grado mínimo o no erótico” (2001: 35).

Se definen, a continuación, algunas de las expresiones comportamentales existentes:

El fetichismo trata del gusto por obtener y poseer objetos o pertenencias de determinada(s) persona(s); en el exhibicionismo la persona gusta de mostrarse a otros; la gerontofilia se presenta en personas que tienen atracción por personas de más edad, en especial por ancianos; el masoquismo consiste en el gusto por el dolor físico, sumisión, vejación o incluso dependencia notoria de otra persona; la necrofilia consiste en el gusto o atracción por lo muerto o la muerte en sí; la paidofilia trata del gusto o atracción por los niños; el sadismo se presenta en individuos que gustan de causar dolor físico, someter, vejar o hacer que otros dependan de ellos (Alvarez-Gayou, 2001).

En la escotofilia (voyeurismo) la persona gusta de ver los cuerpos, expresiones amorosas o ambos de otras personas; la zoofilia se presenta en personas que tienen gusto o afecto especial por los animales; en la urofilia y coprofilia existe gusto o placer por la orina o las heces o por el acto de orinar, defecar y observar su realización; en la fobofilia existe el gusto o placer por el peligro o temor; la grafofilia tiene dos dimensiones, la logofilia y la iconofilia, en la primera de ellas se gusta de leer la palabra escrita, en la segunda, el gusto se da por ver representaciones gráficas figurativas como dibujos y fotografías, entre otros, también se pueden dar ambas manifestaciones en conjunto, en la tribofilia (frotismo) existe gusto por tocar a otros o ser tocado, la primera se conoce como tribofilia activa y la segunda como tribofilia receptiva (Alvarez-Gayou, 2001).

En la polirrelación, la persona gusta de relacionarse con varias en forma simultánea; en el intercambio de pareja gusta de intercambiar a la propia pareja con otra; en la relación a primera vista (sin conocimiento de la otra persona), se tiene gusto por entablar relaciones con una persona que no se conoce previamente; en el travestismo los individuos gustan de utilizar prendas, manierismos, expresiones, accesorios, adornos, lenguaje e incluso

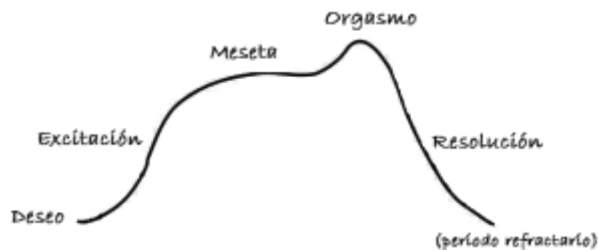
comportamientos característicos del otro sexo; y en la rinofilia existe gusto por los olores, no se limita necesariamente a los considerados placenteros, en especial son personas en quienes el olfato juega un papel importante (Alvarez-Gayou, 2001).

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Juan Luis Alvarez-Gayou (2001) define a las disfunciones sexuales como “alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja” (p. 64). Estas alteraciones producen en las personas un sufrimiento silencioso a causa de los tabúes y prohibiciones para la expresión de la sexualidad.

Según el DSM-IV (1994), “las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones en alguno de los procesos del ciclo de la respuesta sexual o dolor asociado a la relación sexual” (citado por Carrasco M. J., 2001: 17).

Existen diversas clasificaciones para las disfunciones sexuales, sin embargo, las clasificaremos dependiendo de la fase en la que se encuentre una alteración con un incremento o decremento de la respuesta. Presentándose, de esta manera en la fase de Estímulo Sexual Efectivo (ESE), Excitación (E), Meseta (M), Orgasmo (O), Resolución (R) y/o en la Fase Refractaria (FR). La siguiente imagen ilustra dichas fases:



Cuando hay un decremento en la fase de Estímulo Sexual Efectivo, en cualquiera de los miembros de la pareja, a la disfunción se le llamará apatía sexual; este tipo de disfunción es característico por la falta de interés y pereza para responder ante un estímulo sexual. Al existir incremento en uno de los miembros de la pareja, se da la disritmia sexual, la cual se manifiesta por la insatisfacción que provoca uno de los miembros de la pareja al desear demasiado o no las relaciones sexuales (Alvarez-Gayou, 2001).

En la fase de excitación, el decremento producirá escasa o nula lubricación vaginal, lo cual es denominado como hipolubricación. En el caso de los hombres, erecciones incompletas o ausentes, denominadas como incompetencia eréctil (Alvarez-Gayou, 2001).

En cuanto a la fase meseta, el incremento puede provocar en el hombre y en la mujer incompetencia eyaculatoria y preorgasmia, respectivamente. El decremento en esta fase provoca eyaculación previa a la penetración o en el momento de ésta; es decir, eyaculación precoz o descontrol eyaculatorio en el hombre.

En la fase de orgasmo, un incremento producirá multiorgasmia, lo cual no es considerado una disfunción. El decremento, por otra parte, constituye la anorgasmia (Alvarez-Gayou, 2001).

En la fase de resolución no hay disfunción ante el aumento, su decremento lento en cambio puede causar dispareunia al persistir la congestión en los tejidos y órganos pélvicos y perineales, hipersensibilidad del pene o el clítoris provocando dolor. El decremento o incremento de la fase refractaria no provoca disfunción (Alvarez-Gayou, 2001).

La dispareunia y el vaginismo no se consideran específicos de alguna fase ya que se pueden presentar en una o varias de éstas.

Cuando las disfunciones han existido siempre se les denomina primarias. Y al aparecer después de un periodo en donde habían funcionado adecuadamente, se les llama secundarias (Alvarez-Gayou, 2001).

Si se presentan en una(s) persona(s) y en otra(s) no, se les llama “selectivas”; y “situacionales” al presentarse únicamente ante determinadas circunstancias; se denominan “fisiológicas” ante algún impedimento para que se presenten los fenómenos fisiológicos, o “subjetivas” si aun existiendo las fisiológicas no hay recepción subjetiva (excitación y orgasmo) (Alvarez-Gayou, 2001).

DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIONES SEXUALES

“El diagnóstico de un sistema incluye diferentes niveles, concretados en el individuo, la familia nuclear, la familia extensa, el contexto comunitario, la subcultura y la cultura. En la intervención terapéutica se crea un sistema temporal, el sistema terapéutico, que brinda apoyo afectivo e instrumental, ya sea éste un acompañamiento más o menos largo en el tiempo o una intervención en un momento de crisis” (Espina, 2010).

Al tratar con profesionalismo problemas sexuales de un individuo o de una pareja, se requiere realizar un estudio clínico integral, dicho estudio está comprendido por las siguientes áreas: I. Medicoquirúrgica, II. Psíquica, III. Sexológica y IV. De la pareja. Sin embargo, para las áreas que competen aquí, se hablará únicamente de las últimas tres.

Área psíquica

Como primer paso es indispensable obtener una historia clínica completa, mediante una entrevista de tipo abierto, esto con el propósito de recabar información suficiente que favorezca el diagnóstico y el tratamiento. En el transcurso de la entrevista habrá que utilizar el mismo tipo de lenguaje que el consultante utiliza, para evitar así, las confusiones y los malentendidos. Así mismo, es de suma importancia establecer un ambiente de confianza y empatía, ya que de ello dependerá si el paciente es cooperativo y se abre totalmente hacia el terapeuta, si es resistencia o si decide ya no volver. El terapeuta deberá tener una actitud de mente abierta, mostrándose siempre atento e interesado en todo aquello que el paciente comparte, evitando cualquier tipo de exclamación, gestos o comentarios que puedan dar paso a que el paciente se censure ante la comunicación.

PUNTOS DE LA EXPLORACIÓN PSÍQUICA

Antecedentes psíquicos o biográficos (Anexo I)

- Ficha de identificación (datos generales que nos ayudan a identificar al consultante).
- El motivo de la consulta (¿por qué se está asistiendo a la consulta?, de preferencia transcribirlo con las propias palabras del paciente).
- Padecimiento actual (inicio del padecimiento, por qué se ha decidido asistir a consulta hasta el día de hoy, cuáles con las características del problema, si el problema se presentó justo en una etapa en específico de su vida en donde se vivió un hecho en particular, si el padecimiento ha evolucionado en qué etapas y en qué formas, si se ha tratado el padecimiento con anterioridad cuándo, de qué forma y si ese tratamiento le funcionó).

- Historia personal: en esta sección hay que explorar las etapas de la vida del paciente, si existió alguna condición psíquica en ellas y la forma en que vivió y desarrolló la sexualidad. También hay que indagar sobre la evolución del embarazo y las características del parto, así como los acontecimientos importantes de la infancia (edades y forma en que se sentó, caminó, habló, controló esfínteres, recibió lactancia y acudió a la escuela). El ambiente emocional y afectivo en el que se desarrolló en los diversos contextos como son el escolar, familiar y social; si participó en actividades escolares, deportivas o religiosas.
- En cuanto a la adolescencia habrá que indagar sobre los aspectos sexuales, así como los patrones de relación con los diferentes miembros de las esferas sociales que le rodeaban. Para la vida adulta deberá recabarse información de selección de carrera o la actividad que ha elegido, los intereses, las actividades recreativas, la relación actual con los miembros de su familia nuclear, así como de la actual y de los compañeros de trabajo. Sobre la relación en pareja además de indagar en aspectos sexuales, habrá que conocer el motivo por el cual el entrevistado llegó a consulta, la duración y el desarrollo de los problemas, la duración de la relación, así como el desarrollo en general del noviazgo y el cortejo, las metas iniciales de la pareja, si deseaban tener hijos y si los tienen.
- Historia familiar: en este apartado se recabará información general sobre los familiares directos, el tipo de relación con cada uno de ellos, padecimientos psiquiátricos, adicciones, deficiencia mental, sífilis o padecimientos convulsivos de algún miembro de la familia. Divorcios y número de hijos.
- Examen del estado mental: apariencia general y arreglo del entrevistado, limpieza y aspecto de su ropa.
- Actitud y relación con el entrevistador.
- Comportamiento motor: postura y cambios de ésta (¿en qué momentos?), forma de caminar. En la expresión facial debemos verificar si ésta concuerda con lo que el entrevistado menciona, hay que observar hacia dónde dirige la mirada al hablar y cuando le hablan, así como los gestos que realiza.
- Análisis de la voz y el habla: intensidad, tono, velocidad, facilidad de palabra, tartamudeos, silencios, vocabulario.
- Contenido del pensamiento: pensamientos obsesivos, compulsiones, tendencias hipocondriacas, tendencias depresivas, fobias, ideas de persecución,

alucinaciones, tendencias esquizofrénicas, megalomanías. La presencia de cualquiera de estos contenidos será motivo de examen y atención psiquiátrica puesto que nos podría indicar un proceso psicopatológico.

- Sensorio y funciones mentales: orientación en persona, orientación en tiempo, orientación en espacio, pensamiento abstracto y de introspección.
- Orientación de carácter y mecanismos de defensa: fundamentales para la etiología y el tratamiento adecuado para una disfunción.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS INDIVIDUALES

Las pruebas psicológicas individuales apoyan complementando datos de la historia clínica general puesto que ayudan a conocer mecanismos inconscientes y rasgos del carácter que el consultante no nos expresaría en ella.

Para conocer algunos rasgos de la personalidad del consultante, se puede hacer uso de las pruebas proyectivas (Dibujo de una persona, Rorschach, Frases Incompletas, Apercepción Temática o TAT e Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesota o MMPI) o de las Pruebas de personalidad (Medicina Ciudad Universitaria o MCU y Perfiles de Personalidad de Taylor-Johnson).

Área sexológica

Para obtener una historia clínica sexual se requiere de un sexoterapeuta, 4 a 6 horas con cada consultante y su colaboración.

REQUERIMIENTOS

- Ambiente: cálido, de comunicación y aceptación abierta. Dejando claro desde el inicio que los temas que ahí se hablarán serán tratados bajo una estricta ética y confidencialidad; además, se les deja saber a el o los pacientes que no serán juzgados en ningún momento.
- Comunicación: puesto que existen muchas maneras de hablar y expresarse, es recomendable que el sexoterapeuta tenga una amplia gama de vocabulario; en caso de no comprender algún término o alguna expresión, es conveniente que se le pida al consultante, de manera respetuosa, que explique lo que dice.

- **Lenguaje corporal:** además de lo que se dice con el lenguaje hablado, es mucho lo que se refiere con el cuerpo, todos los movimientos, las posturas y los gestos nos dicen algo del consultante; sin embargo, de la misma manera en que el lenguaje corporal nos dice algo de los otros, nuestro propio lenguaje corporal les dice algo a los otros, por ello hay que tener especial cuidado en ello y no mostrarnos aburridos, enojados o sorprendidos ante el discurso del consultante.
- **Empatía:** es la capacidad para entender y percibir la situación y vivencia de otros, el famoso “ponerse en los zapatos del otro”; en este punto hay que destacar que es de suma importancia que se cuente con un propio análisis psicosexual en donde se halla confrontada la propia sexualidad, puesto que no es lo mismo estudiar y ser de “mente abierta” a tener enfrente a una persona que nos exprese en vivo y en directo su sexualidad. Por otra parte, hay que tener cuidado también con el establecimiento de lazos afectivos puesto que ellos pueden obstruir el trabajo al desviarnos de la objetividad y la imparcialidad.
- **Respeto:** si se pretende lograr veracidad en la entrevista, la actitud que el entrevistador tome será un punto importante, lograr una buena comunicación basada en empatía y respeto serán siempre los puntos clave para la obtención de información y por tanto crear la estrategia terapéutica más adecuada.

Historia clínica sexual (Anexo II)

- Antecedentes generales
- Ambiente familiar
- Antecedentes sexuales

Infancia: recuerdos de sensaciones y percepciones sensuales, placenteras o eróticas. Ayudarle a recordar aquellos juegos infantiles como la resbaladilla, trepar, resbalarse en un poste, el caballito, la bicicleta, etc. Con la finalidad de llegar al:

Primer recuerdo erótico: ¿En qué consistió?; ¿fue una sensación del resultado de un juego?; ¿lo despertó un autoconocimiento?; ¿qué sintió?; ¿lo repitió?; ¿fue sorprendido?; ¿por quién?; ¿cuál fue la actitud de quien lo sorprendió?; ¿qué le dijeron?; ¿fue reprimido?; ¿cómo?

- Juegos eróticos compartidos

Este tipo de recuerdos, al igual que el primer recuerdo erótico, en la mayoría de las ocasiones se encuentra bloqueado por sentimientos de vergüenza y culpa; utilizando la negación y la represión como mecanismo de defensa (Alvarez-Gayou, J. L., 2001).

El sexoterapeuta debe tener la capacidad de matizar las preguntas con aceptación, empatía, respeto, a fin de que el consultante se sienta en un entorno de confianza sin temor a ser juzgado ni interrogado. Habrá que indagar si alguna vez se jugó “a la casita”, “al doctor” o “a los papás” (por poner algunos ejemplos), la edad en que sucedieron ¿con quién o quiénes?, ¿en qué consistía el juego?, ¿en dónde?, ¿había desnudez?, ¿cómo la propiciaban?, ¿fueron sorprendidos?, ¿por quién?, ¿fueron regañados o castigados?, ¿cómo?; ¿cómo lo vivió en ese entonces y cómo lo ve ahora?; ¿hubo alguna reacción violenta por parte de algún adulto?, ¿quién?, ¿cuándo?, ¿siente que lo afectó?, ¿cómo?

INFORMACIÓN SEXUAL

Es importante preguntar acerca de los mitos, tabúes y cuentos que llegaron a él o ella; a quién o a quiénes consultó en busca de satisfacer sus dudas sobre la sexualidad, si se hablaba en su casa de ello, si alguna vez le preguntó a papá o a mamá y la forma en que ellos reaccionaron, de ser así, si evadían sus preguntas o si las contestaban a medias, si se le preguntó a otros mayores, las pláticas sobre sexualidad con los compañeros de la misma edad ¿cómo eran?, si se informaba en revistas o en la web, si veía o leía material con contenido erótico sexual explícito ¿qué sensación le producía?, ¿qué idea tenía sobre sexo, reproducción, placer?

- Pubertad, adolescencia y masturbación

Sobre el lugar y técnicas para efectuar la masturbación, se pueden utilizar preguntas como las siguientes: ¿utilizaba revistas?, ¿utilizaba fantasías?; ¿de qué tipo?; ¿a solas o en grupos?

- Vida coital

Al indagar sobre los compañeros, será importante que se le cuestione al consultado lo siguiente: ¿eran de su agrado?; ¿la o lo acarició?; ¿hubo desnudez?

- Expresiones comportamentales de la sexualidad

Disfunciones: se interrogarán las cuestiones referentes al inicio, las situaciones por las que pasaban ambos miembros de la pareja en el momento en que las disfunciones comenzaron, causas a las que atribuyen la o las disfunciones, efectos en la relación de pareja, así como la forma en que reaccionaron tanto el consultante como su pareja ante

la o las disfunciones. Posteriormente, se comenzará a explorar las fases de la respuesta sexual humana, de las cuales se ha hablado con anterioridad, a fin de detectar el tipo de disfunción existente y las posibles causas, así como su posible tratamiento.

Área de pareja (Anexo III)

Para que los datos obtenidos arrojen la mayor información posible que ayude al diagnóstico y tratamiento, habrá que realizar historias clínicas individuales con cada miembro de la pareja y por supuesto, guardar confidencialidad.

Juega un papel importante la retroalimentación, a partir de la información recabada, el terapeuta desarrolla la formulación de la pareja y la analiza con ambos fundamentalmente a través del diálogo entre ellos.

TRATAMIENTO CONDUCTUAL

La intervención psicológica es fundamental para la adhesión al tratamiento, reducción de malestares emocionales y favorecer estilos de afrontamiento que permitan la adaptación para mejorar la calidad de vida de tal manera que, las intervenciones psicológicas, tanto las conductuales como las cognitivo-conductuales son las que han mostrado mayor efectividad en disminuir estas problemáticas en comparación con otros modelos terapéuticos (Caballero, 2019).

Existen diversas técnicas para tratar un trastorno sexual, como lo son: las técnicas y procedimientos conductuales, las técnicas psicoterapéuticas, el manejo de los problemas de pareja y la terapéutica médico-quirúrgica, entre otros. Sin embargo, por motivos de delimitación, se expondrán aquí sólo algunos de los tratamientos conductuales (Barlow, 2018).

La terapia conductual tiene un enfoque psicoterapéutico basado en la teoría del aprendizaje; se caracteriza por cuatro elementos:

1. Se enfoca en el comportamiento evidente y específico
2. Precisa con claridad las metas terapéuticas
3. Formula los procedimientos específicos para abordar determinados problemas
4. Evalúa en forma objetiva los resultados de la terapia (Barlow, 2018: 195).

- Entrenamiento asertivo

Cuando las actitudes ante la sexualidad son el impedimento para una comunicación efectiva sobre la percepción que se tiene sobre la misma.

Cuando el enojo contra sí mismo o la pareja es el impedimento para disfrutar de la sexualidad.

Cuando se les dificulta decir que no desean en un momento específico tener relaciones coitales.

Cuando por alguna experiencia próxima o cercana consideran sucio o aver-sivo el sexo.

Cuando existe falta de empatía con la pareja con respecto a temas sexuales.

Esta técnica ayuda a desarrollar y fortalecer justo el nivel de empatía en la pareja; es recomendada en personas a las cuales se les dificulta expresar su afecto.

Indicaciones: pedir al paciente que actúe el papel de otra persona sintiéndolo al máximo, de esta manera las situaciones que se le presenten resaltan los argumentos positivos, con los que el paciente aumenta las posibilidades de aceptación de las nuevas posiciones ante la sexualidad que, se le indicaron, debía representar (Alvarez-Gayou, (2001).

- Condicionamiento clásico.

Cuando existe apatía sexual.

Cuando no se identifican estímulos incondicionados que generan respuestas negativas ante la sexualidad.

Cuando, por ejemplo, besos o caricias sexuales generan rechazo a la pareja, de tal manera que es impedimento para la respuesta sexual humana.

Indicaciones: lo primero será descubrir el estímulo incondicionado que provoca la respuesta de excitación, posteriormente, se asociará al condicionado hasta que la respuesta se presente. Se usarán estos elementos (películas, literatura erótica, etc.) como estímulos incondicionados y se introducirán ciertas caricias o la presencia del compañero como estímulo incondicionado para lograr el condicionamiento (Alvarez-Gayou, 2001).

- Fantasía

Cuando existe poca creatividad en las relaciones sexuales.

- Cuando existe limitada innovación en las actividades sexuales.
- Cuando existe monotonía en la vida sexual.
- Cuando existe disritmia en la relación sexual en pareja.
- Cuando no existen propósitos o las expectativas son limitadas en la vida sexual.
- Cuando la respuesta sexual humana se dificulta en fase de excitación.

Para eliminar juicios ante algunas expresiones comportamentales de la sexualidad.

Indicaciones: se le pide al paciente que vea imágenes, cierre los ojos y las describa, posteriormente se repite esto, pero ahora con escenas de la vida diaria. Se le pide que cierre los ojos e imagine lo que se le leerá (textos interesantes no eróticos), luego deberá practicar esta tarea entre las consultas. Finalmente, cuando adquiera la capacidad de describir con detalles aquello que ha imaginado, se inicia en la introducción paulatina de aspectos erótico-sexuales, en el orden antes trabajado (imágenes, verbales y por lectura) (Alvarez-Gayou, J. L., 2001).

- Ejercicios musculares

- Cuando la eyaculación precoz es frecuente.

- Cuando existe capacidad limitada para la excitación y el orgasmo.

- Aun cuando fueron descritos originalmente para mujeres por Kegel (1952, citado en Alvarez-Gayou, 2001); con la finalidad de aumentar la sensibilidad del músculo pubococcígeo, también pueden realizarse por un hombre con la misma finalidad.

Indicaciones:

1. Al ir al baño a orinar, trate de detener el flujo de orina.
2. El músculo debe detener el flujo de orina en repetidas ocasiones hasta que deje pasar una cantidad pequeña en cada relajación. Además, debe contraer el músculo durante uno o dos segundos unas 10 veces seguidas, debiendo repetir esta secuencia por lo menos seis veces al día durante la primera semana.
3. En la segunda semana, el ejercicio deja de practicarse al orinar, pero aumenta a seis sesiones diarias de series de 20 contracciones con duración de uno a dos segundos.
4. Al mismo tiempo se inician ejercicios de series rápidas (aproximadamente 10 por serie) de contracciones, intentando que se parezcan a las orgásmicas, unas seis veces al día. Se agrega, además, un componente erótico, imaginan-

do y fantaseando lo que sea de su elección. De esta manera las contracciones se asocian con la excitación sexual.

En la semana siguiente se incrementa el número de repeticiones, tanto de las contracciones de uno o dos segundos como de las series rápidas, hasta llegar a 300 del primer tipo y 100 del segundo. La programación de semanas es ajustable a cada caso (Alvarez-Gayou, 2001).

- Caricias y reconocimiento corporal.
Cuando la pareja excluye la parte lúdica en las relaciones coitales.
Cuando la pareja centra su atención exclusivamente en órganos genitales durante la relación sexual.
Cuando las parejas no disponen de espacios y tiempo para sus encuentros sexuales.
Para las parejas que han hecho de su vida sexual procesos rígidos y programados.
Cuando la pareja exige mayor participación a su pareja en la relación coital.
Cuando se da el inicio de las experiencias sexuales.
Cuando existe mucha ansiedad en los encuentros sexuales.
Cuando se dificulta la comunicación, el acercamiento y la estimulación de la pareja, independientemente de la fase en que se encuentre su disfunción.

Indicaciones: se inicia con la abstinencia durante una semana tanto del coito como de las caricias que puedan provocar el orgasmo.

Luego de transcurrida la semana se comienza con la exploración mutua mediante las caricias (a excepción de pechos y genitales), dicha exploración debe realizarse en un tiempo mínimo de 20 minutos por cada miembro de la pareja; uno acaricia activamente y el otro es el receptor, luego cambian los papeles.

No deben estar a oscuras ni hablar durante la exploración (a excepción de que alguna caricia sea molesta o cause dolor), el espacio tendrá que ser tranquilo, relajado y habrá que garantizar que no existirán interrupciones. Al finalizar deberán compartirse mutuamente su experiencia de forma verbal. El ejercicio debe realizarse de dos a tres veces por semana; una vez que el ejercicio se realice de forma satisfactoria, se pasará a la segunda etapa.

La segunda etapa es igual, introduciendo la variable de que la persona que recibe las caricias guíe las manos de quien le acaricia, pueden agregar humectantes, crema o aceites.

En la tercera etapa se continúa con lo indicado en primera y segunda etapa, agregando ahora, el componente verbal. Poniendo énfasis en las caricias, percepciones y sensaciones más satisfactorias, así como las no placenteras.

Conforme avancen las etapas de los ejercicios, los vínculos se fortalecen, creando un mayor acercamiento afectivo y desarrollando una percepción de sensualidad, esto ocasiona un cambio de actitudes que permiten mayor aceptación de actividades de tipo sexual; posteriormente se daría paso a las “caricias y reconocimiento genital” (Alvarez-Gayou, 2001).

La terapia desafía el supuesto comúnmente asumido de que el pasado es la causa del presente y del futuro y sostiene que las personas pueden elegir, que su elección no está determinada. Es decir, la gente puede estar influenciada por sucesos del pasado, por la herencia genética o por la bioquímica de su organismo, pero también dispone de cierto grado de libertad para elegir a pesar de sus influencias y sus limitaciones (Flemons, 2015).

RESULTADOS DE LA SEXOTERAPIA

Es fundamental comentar que desde que se publicaron los estudios en español sobre terapia sexual de Master y Johnson (1987) y Helen Kaplan (1974, 1975) muchos profesionales de la salud y de las ciencias de la conducta utilizan las experiencias sexuales estructurales de manera práctica y sencilla para acompañar a personas o parejas disfuncionales, sin duda con algún éxito, por lo que es importante hacer valoraciones completas para establecer metas y estrategias terapéuticas integrales.

Se trabaja en establecer criterios universales para evaluar resultados de la sexoterapia y una de las limitantes es justamente que cada terapeuta puede seguir formatos diferentes, lo que dificulta hacer evaluaciones comparativas. Otros elementos que marcan diferencias significativas con referencia a las parejas son el nivel educativo, socioeconómico y religión, entre otros.

Hasta la fecha, los terapeutas que han informado el mayor número de consultantes son Master y Johnson en 1973, quienes a lo largo de 10 años trataron a 790 personas disfuncionales: 448 hombres y 342 mujeres; de este total, 733 participaron en

tratamiento en parejas y 57 sin pareja siguieron su tratamiento teniendo parejas ocasionales. El informe exitoso corresponde al término del tratamiento; lo consiguió 82 % al cabo de un periodo máximo de 5 años y de este, 74.5 % tuvieron un resultado exitoso.

REFERENCIAS

- Alvarez-Gayou, J. L. (2001). *Sexoterapia integral* (Ed. rev.). México, El Manual Moderno.
- Barker, M., Richards, C. H., Jones, R., Bowes-Catton, H., & Plowman, T. (2012). *El informe sobre bisexualidad: Inclusión bisexual en igualdad y diversidad del LGBT* (ISBN 978-1-78007-414-6 2012). Recuperado de https://biresource.net/Open_University_Bisexual_Report.pdf
- Barlow, H. David (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento paso a paso*. México, El Manual Moderno.
- Caballero, S. Patricia; N. Galves H. y Carmen L. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. México, El Manual Moderno.
- Carrasco, M. J. (2001). *Disfunciones sexuales femeninas*. México, Ed. Síntesis.
- Chomali, F. Mons. (2008). *Algunas consideraciones para el debate actual acerca de la homosexualidad*. 2ª ed., Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Flemons, Douglas; Green, Shelley (2015). *Manual de terapia breve sexual*. Barcelona, Paidós.
- Espina, Alberto (2010). *Manual de evaluación familiar y de pareja. Guía para terapeutas y consejeros familiares*. Madrid. Editorial SSC.
- Gómez Zapiain, J. (2014). *Psicología de la sexualidad* (1a ed.). Madrid, Alianza Editorial.
- Kaplan, H. S. (1974). *The New Sex Therapy*, Bruner/Mazel, Nueva York.
- Kaplan, H.S. (1975). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*, Quadrangle/ New York Times.
- Masters, W. H.; Johnson V. E.; Kolondny, R. C. (1987). *La sexualidad humana*. Vol III. Barcelona, Ed. Grijalbo.
- Rabbia, H., & Imhoff, D. (2012). “Concepciones sobre heterosexualidad y actitudes hacia la disidencia sexual en estudiantes de psicología de Córdoba”. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 4(3), 22–29.

ANEXOS

(ANEXO I)

Historia clínica

Fuente: Alvarez-Gayou (2001)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____ No. de expediente: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Religión: _____ Nacionalidad: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Nivel socioeconómico: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

Teléfono: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicio:

Características:

Evolución y etapas:

Tratamientos previos / Fecha / Efectividad:

HISTORIA PERSONAL

Perinatal (concepción, embarazo, parto):

Desarrollo temprano (periodo de recién nacido):

Desarrollo a los 6 meses:

A los 12 meses:

A los 3 años:

A los 5 años:

Enfermedades padecidas:

Trastornos en los hábitos:

Primeros recuerdos:

Estancia infantil (edad de ingreso, duración, recuerdos relevantes):

Preescolar (edad de ingreso, duración, recuerdos relevantes):

Primaria (edad de ingreso, duración, recuerdos relevantes):

Secundaria (edad de ingreso, duración, recuerdos relevantes):

Educación media y superior (edad de ingreso, duración, recuerdos relevantes):

Historia psicosexual (primeras informaciones y preocupaciones, primeras experiencias sexuales, imagen del sexo opuesto):

Historia ocupacional (secuencia, duración y motivos de retiro):

HISTORIA FAMILIAR (relación con los miembros de su familia nuclear y la familia de la que proviene):

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Apariencia general:

Arreglo personal:

Limpieza y aspecto de su ropa:

ACTITUD Y RELACIÓN CON EL ENTREVISTADOR

COMPORTAMIENTO MOTOR

ANÁLISIS DE VOZ Y HABLA

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

SENSORIO Y FUNCIONES MENTALES

Orientación en persona:

Orientación en tiempo:

Orientación en espacio:

Pensamiento abstracto:

Pensamiento de introyección:

ORIENTACIÓN DE CARÁCTER Y MECANISMOS DE DEFENSA

ANEXO II
Historia clínica sexual
Historia clínica (Anexo I)
Fuente: Alvarez-Gayou (2001)

- Antecedentes generales

Nombre completo:

Tipo de escuelas en las que se instruyó:

Satisfacción con la ocupación actual:

Grado de práctica y creencia religiosa:

Número de matrimonios o parejas estables (relaciones fijas que considere importantes):

Pareja actual, nombre, edad, religión, escolaridad, ocupación:

Número de hijos, si los hay:

Nombres, edades, sexos, escolaridad de los hijos:

Aficiones: intelectuales, deportivas, sociales, lecturas:

- Ambiente familiar

Clima que imperaba en el hogar:

Presencia o ausencia de demostraciones de afecto (verbales o corporales):

¿Había castigos físicos?, ¿cómo eran?

¿Quién los ejecutaba?

¿Se abrazaban y besaban los padres delante de los hijos?

¿Se hablaba de la sexualidad?, ¿cómo?

¿Se reprimía la sexualidad?, ¿cómo?

¿Compartía la familia actividades y recuerdos importantes?

¿Con quién de los padres se relacionaba más y mejor?, ¿por qué?

Recuerdos importantes

Relaciones sociales, ¿las mantenían?, ¿eran perdurables?

- Antecedentes sexuales (infancia)
- Juegos eróticos compartidos
- Información sexual
- Pubertad, adolescencia y masturbación

CONSULTANTES MUJERES

Edad de la menarca:

¿Había información previa?

¿Quién la proporcionó?

Vivencia del suceso (ritmo, duración, dismenorrea):

CONSULTANTES DE AMBOS SEXOS

Edad del primer orgasmo nocturno:

Vivencia de este suceso:

Información previa:

Reacción de la familia si se enteró:

Mitos al respecto:

Edad de la primera vez que se masturbó

Circunstancias conducentes a la primera vez que se masturbó
(amigos, autodescubrimiento, concursos, etc.):

Sensaciones durante la masturbación:

Lugar y técnicas para efectuarla:

Frecuencia masturbatoria al inicio:

Mitos y tabúes que conocía sobre la masturbación:

Autopercepción de esta época:

Frecuencia masturbadora actual:

Percepción actual de la masturbación:

Técnicas utilizadas:

Fantasías utilizadas:

- Vida coital

Edad del primer coito:

Circunstancias en las que ocurrió (lugar, privacidad):

Expectativas al respecto:

Sensación postcoital:

Obtención del orgasmo:

Desempeño sexual retrospectivo (¿en qué momento aparece la disfunción?):

HOMBRES

¿Tenía problemas de erección?

¿Cuándo?

¿Con quién?

¿A qué lo atribuía?

¿Tenía problemas para controlar la eyaculación?

¿En qué posiciones?

¿Cuándo?

¿Con quién?

¿Con qué frecuencia?

¿Le costaba trabajo eyacular o no podía?

¿Cuándo?

¿Con quién?

¿Notaba diferencia al notar deposiciones o con la masturbación?

¿Obtenía el orgasmo?

MUJERES

¿Lubrica al acariciar o ser acariciada?

¿Obtenía el orgasmo?

¿Con qué frecuencia?

¿En qué situaciones?

¿Cuáles eran sus reacciones una vez terminado el coito?

¿Se sentía relajada, tranquila, satisfecha?

¿Existía desasosiego, nerviosismo?

AMBOS

Frecuencia coital actual:

Satisfacción con esta frecuencia:

¿Quién inicia las relaciones sexuales?

¿Cuál es la reacción del que no inicia ante el acercamiento?

- Expresiones comportamentales de la sexualidad

CONSULTANTE HETEROSEXUAL

¿Ha tenido contactos sexuales con personas del mismo sexo?

¿Hasta qué grado de intimidad?

¿Qué opina de la homosexualidad?

CONSULTANTE HOMOSEXUAL

¿Ha tenido contactos sexuales con personas del otro sexo?

¿Hasta qué grado de intimidad?

¿Qué opina de la homosexualidad?

SIEMPRE

¿Ha tenido contacto sexual con animales?

¿Cuáles?

¿Lo sigue practicando?

Disfunciones

Inicio:

Causas a las que atribuyen la o las disfunciones:

Efectos en la relación de pareja:

Reacción (ambos miembros de la pareja):

Fase de Estímulo Sexual Efectivo (ESE):

Fase de Excitación (E):

Fase de Meseta (M):

Fase de Orgasmo (O):

Fase de Resolución (R):

Fase Refractaria (FR):

ANEXO III

Historia clínica individual-área de pareja

Historia clínica (Anexo I)

Fuente: Alvarez-Gayou (2001)

1. ¿Cómo se conocieron? (circunstancias y factores de atracción física e intelectual).
2. Nivel de atracción afectiva (¿cuándo y cómo surgió, fue simultáneo?).
3. Relato circunstancial y afectivo de la decisión de ser novios, casarse o vivir juntos.
4. Interrogarle sobre lo mismo, pero dándole la indicación de que responda cómo piensa que las vivió su pareja.
5. Momentos más agradables y significativos, así como problemáticos y la forma en que se resolvieron.

6. Tipo de relación que lleva la pareja con la familia de ambas partes.

7. Relato de la vida cotidiana con su pareja, señalando las responsabilidades de ambos (actividades, tareas del hogar, papeles sexuales, intereses, gustos).

8. Aspectos que le atraen de su pareja, así como los que le disgustan (área física, intelectual y afectiva).

9. ¿Qué aspectos cree que le gustan a su pareja de él o ella y cuáles cree que le disgustan?

10. ¿Qué cambios, en ambos, considera que podrían ayudar a resolver los conflictos existentes?

11. En caso de tener hijos: actitud y conflictos en función de ellos.

12. En caso de no tener hijos: ¿les gustaría tenerlos? razones para tenerlos o no.

13. Planes a futuro.

14. Comportamientos o sentimientos agresivos por parte de ambos, origen, inicio, posible influencia de causa ante la disfunción sexual.

15. Si existe rechazo por alguno de los dos; de ser así, deberán investigarse las causas y las formas en que lo expresan.

16. Conflictos de poder ¿Quiere alguno dominar al otro?, ¿en qué forma?, ¿cómo responde el otro?

17. Economía: ¿cómo se maneja?; ¿quién aporta y en qué proporción?; ¿esto causa conflictos?

INTERVENCIÓN EN CRISIS SUICIDA, VÍA TELEFÓNICA

Rafael Revueltas-Mira

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

La época actual demanda cada vez más que el profesional encargado de la psicología ofrezca respuesta rápida a la problemática social y de cada sujeto. Por tal motivo, las corrientes teóricas y prácticas de la psicología de emergencias sugieren la posibilidad de ofrecer tratamientos breves para los sujetos en crisis. Tal es el caso de la Línea de Atención Psicológica Universitaria.

Por otra parte, el suicidio es uno de los temas más complejos y alarmantes de la actualidad, resulta menester orientar los esfuerzos terapéuticos breves a la atención de esta situación mediante la escucha y la contención, para posteriormente abordar atenciones psicoterapéuticas de mayor duración.

A continuación, se expondrá un recorrido sobre el modo de atención a crisis de tipo suicida desde la intervención breve, vía telefónica a partir de los protocolos que se han diseñado para su tratamiento, por parte de la Línea de Atención Psicológica Universitaria.

ABSTRACT

The current era demands more each time that the professional in charge of psychology the rapid response to social problems and particularly of each person. Because of that the theoretical and practical currents suggest the possibility of offering brief treatments for subjects in crisis. Such is the case of the attention offered in the University Psychological Care Line.

Nevertheless, suicide is one of the most complex and alarming issues today, resulting in brief therapeutic efforts to attend through listening and contention, and then assume a more prolonged psychotherapeutic care.

Then this article will expose a review about the kind of attention to suicidal crisis within the brief and emergency interventions by phone considering the designed protocols for its treatment by the University Psychological Care Line.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales puntos de intervención de la Línea de Atención Psicológica Universitaria es el consultante con tendencias suicidas, por lo delicado de la intervención y las circunstancias en que el intento o la idea suicida puedan darse. De tal modo que dentro de los protocolos diseñados por quienes integran el equipo de trabajo y a partir de la homologación con otros servicios de la misma índole, figura como un evento de intervención prioritaria.

Al momento que una persona llama a la línea debe estar dentro de las consideraciones del psicólogo que atiende, prestar atención al discurso desde el plano verbal y el no verbal, a lo que se escucha de fondo y también lo que pueda sugerir el lenguaje empleado por el consultante.

Si en el discurso de quien llama se encuentran elementos y particularidades que sugieran la lógica del suicidio como por ejemplo frases del tipo: *Me gustaría desaparecer; quisiera dormir y no despertar; quiero terminar con esto*, ha de centrarse de inmediato la atención al protocolo de intervención en crisis suicida para comenzar las indagatorias sobre el tema del suicidio. Por lo tanto, es de suma importancia que el interventor se disponga a una escucha libre de juicios morales e intervenir de la manera más respetuosa y cautelosa posible, sin que ello signifique no atender o ignorar la posible comunicación o tendencia suicida si se advierte durante el proceso de llamada. A continuación, se dará a conocer, de manera breve, el modo de intervención que se lleva a cabo desde la psicología de las emergencias al respecto del suicidio, así como algunas reflexiones sobre el suicidio y el paciente con ideación o intento suicida a partir de la experiencia que se ha recabado en la línea en cuanto a la atención del paciente suicida, así como el modo en que opera la línea universitaria ante llamadas de emergencia por intento o ideación suicida y en llamadas en que el suicidio no es el principal motivo de consulta, pero durante la intervención surge alguna ideación o intento.

La finalidad primordial de las atenciones en crisis suicidas es prevenir y atenuar la posibilidad de consumar el suicidio, así como encauzar al consultante a atenciones presenciales competentes y según el caso lo requiera, como la derivación a servicios médicos o de otras áreas además de procesos terapéuticos con un tratamiento más prolongado, cuya administración pueda propiciar las atenciones pertinentes al consultante suicida, de modo que se logre un cambio en su estado anímico, y/o la ideación suicida ceda.

Mediante las intervenciones breves, es posible facilitar un espacio de contención, que favorezca la expresión y el conocimiento de los elementos circundantes a la idea o a la acción suicida. Esto permite que el sujeto por sí mismo, acompañado del terapeuta, vislumbre posibilidades alternas que no terminen en un daño para sí mismo. El reconocimiento de las causas, pensamientos y emociones en torno al suicidio pueden permitir al sujeto un mayor conocimiento de los factores que lo han llevado a determinar al suicidio como una opción y de esta manera poder operar otras alternativas de solución al conflicto que presenta.

Las atenciones breves de crisis y de emergencia psicológica, como es el caso de los primeros auxilios psicológicos, no reemplazan en modo alguno a las psicoterapias prolongadas o de tiempo variable. Más bien han de considerarse como un tipo de atenciones de primer nivel, antes de emprender una psicoterapia o de igual modo, intervenciones útiles para asistir crisis agudas.

Lo anterior sugiere que la atención psicológica enfocada a las crisis, puede considerarse un símil de lo que sucede en el área médica, es decir, un paramédico no hace cirugías a corazón abierto en el lugar del accidente, sino que traslada a un hospital en que un médico cirujano pueda intervenir al paciente, pero el objetivo primordial fue salvar la vida. Para las intervenciones psicológicas breves sucede de forma similar, un terapeuta de crisis no hará interpretaciones psicoanalíticas, o emprenderá un tratamiento de contingencias basadas en estímulo-respuesta, sino que reestablecerá el plano emocional, cognitivo y el aseguramiento somático, para posteriormente remitirlo a un psicólogo institucional o particular.

Por otra parte, las circunstancias actuales de confinamiento, derivado de la pandemia por COVID-19, al parecer han traído consigo una serie de cambios para los cuadros clínicos y de crisis y emergencias psicológicas. Se aprecia una tendencia al aumento de padecimientos como la depresión, crisis de ansiedad, toxicomanías, manifestaciones de agresividad e intolerancia, sensación de aburrimiento y angustia, entre otros, dado que el peligro de contagio es bastante alto.

Además de lo anterior, el aislamiento social compele al individuo a un reencuentro casi forzado, consigo mismo, con sus pensamientos y emociones. Ocasionalmente esto permite la introspección y la posibilidad de reconocer emociones, actitudes y pensamientos que pueden ser útiles al sujeto para afrontar la realidad inminente. No obstante, tal introspección no siempre es posible por el tipo de personalidad, tan variante de un sujeto a otro, así como una gran variedad de factores circundantes al

fenómeno suicida. Es decir, hay quienes han sobrellevado el aislamiento de manera menos angustiante y en contraste, los hay quienes no soportan la soledad, el aislamiento o el encierro, y han manifestado respuestas sintomáticas a la pandemia como pueden ser insomnio, pérdida de sentido de la vida, pensamientos catastróficos, entre otros.

Además del efecto que trae consigo la pandemia, los actos suicidas son más frecuentes de lo que se estima, incluso en la gran mayoría de los casos puede constatar que en algún momento de la vida del paciente se ha encontrado la idea de morir por su propia mano.

Se espera que el presente artículo permita al lector, sensibilizarse sobre las crisis emocionales y emergencias psicológicas, así como la utilidad de proyectos de intervención en crisis para efecto del fenómeno suicida, como alternativa de tratamiento previo a la atención psicológica, en casos de ideación e intento suicida.

BREVE DEFINICIÓN DEL SUICIDIO Y ESTADÍSTICA

El hombre tiende a ver la muerte como algo lejano. La idea del caos y la nada es bastante inaceptable como algo a lo que estamos abocados.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó, en el año 2016, una cifra de 6 291 suicidios, lo que representa 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes y la cifra ha crecido desde el año 2010 (4.1 en 2010). En el Estado de México se llevan a cabo 3 suicidios por cada 100 000 habitantes. Se reporta además que es más frecuente que el suicidio sea consumado entre los 20 y los 25 años. Los datos ofrecidos por estas instituciones, por lo general, tienen un margen de error, se advierte la existencia de un “dato negro”, una cifra que no puede ser computada por los procedimientos de censo y por lo general el dato negro es mayor al reportado.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), ha catalogado al suicidio como un problema de salud pública al igual que lo son otras afecciones emocionales. Es un fenómeno en que se involucran diferentes causas. La misma institución sugiere que es un fenómeno prevenible. No se trata de una enfermedad en sí, pero se tiene que abordar con el mismo interés.

Se calcula que cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, es la segunda causa de defunción en la población que va de los 15 a los 29 años, 79 % de suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. Lo anterior permite establecer una

correlación entre la edad y el factor socioeconómico como elementos de riesgo para llevar a cabo el acto suicida (OMS, 2001).

Si bien lo anterior sólo logra dar una perspectiva estadística, es un dato que sugiere la necesidad de generar estrategias de prevención e intervención psicológica, antes de que pueda ocurrir un suicidio, así como también un requerimiento de acompañamiento profesional ante duelos y pérdidas de los familiares y amigos, ya que como lo sugieren algunos autores y dramaturgos, “la muerte no siempre es para quien fallece, sino para quienes le sobreviven” (Revueltas, 1943).

Además de lo anterior, la situación actual ha representado una serie de cambios forzados por una enfermedad y el riesgo de perder la vida. Al mismo tiempo se han registrado casos en los que ocurren decesos entre amigos y familiares del sujeto, en ocasiones las pérdidas son más frecuentes en menor cantidad de tiempo.

Lo anterior puede propiciar estados depresivos, de angustia o melancolía, propios del duelo, así como importantes inhibiciones en el discurso y la cognición, como parte de un estado de crisis, ante una realidad que implica pérdidas importantes en corto tiempo. Es decir, ante una situación de crisis, el sujeto primero recurrirá a métodos acostumbrados de resolución de conflictos. Al fallar éstos, es probable que opte, generalmente sin percatarse de ello, por mecanismos de acción más arcaicos, o se encuentre en estado de *shock* ante la dificultad para elaborar tantas pérdidas, ocurridas de forma súbita. Derivado de lo anterior, el acto suicida es una probable consecuencia de la imposibilidad del sujeto para resolver una crisis por otros medios.

La palabra *suicidio* se compone de dos vocablos en latín, *sui*, que significa: *a sí mismo*, y *caedere*: matar. Es decir, matarse o darse muerte, la definición etimológica sugiere una claridad inmensa y sin embargo, implica una serie de circunstancias que han llevado a que sea un concepto y un fenómeno considerado como de estudio primordial.

Ocasionalmente promueve aspiraciones romancistas, por lo íntimo del acto, lo poético o lo absurdo, según la corriente del conocimiento desde la que se desee partir para hablar de suicidio, dado que su indagación conduce a explicaciones desde distintas corrientes del pensamiento con gran variedad de metodologías para su abordaje (Arango, 2012). Por lo tanto, su definición ha de encauzar no sólo un discurso, sino que amerita promover estrategias de intervención y prevención del acto suicida.

Por su parte, Durkheim (1897) orientó sus estudios hacia la estadística y la sociología, entendiendo el suicidio como un hecho social de las estructuras comunitarias, y de los individuos que la conforman, considerando factores como la

economía, la situación sociopolítica de la comunidad, entre otros; no obstante, da una aproximación del suicidio desde las razones sociales, lo cual permite dar cuenta de que el suicidio como acto, no es determinado únicamente por lo social.

El aspecto socioeconómico es uno de los elementos confluyentes en el fenómeno suicida, por una parte, las dificultades económicas, que no sólo se centran en la ausencia de dinero, sino que también personas con mayor posibilidad económica han optado por la ideación o actuación suicida. Por ejemplo, el curso de una demanda por conflicto de intereses, o pérdidas a nivel material, derivado de un desastre natural, como ocurrió en el terremoto de septiembre de 2017, muchas personas y colectivos quedaron damnificados, sin importar nivel socioeconómico, educación, género, preferencias sexuales, entre otros.

Otro elemento que suma a las consideraciones sobre el suicidio, puede ser el sistema de creencias religiosas o políticas, por ejemplo, en el nazismo, una vez perdida la guerra, se les indicaba a los altos mandos optar por la muerte antes que rendirse. Otro ejemplo, ahora de religión, es el caso del suicidio colectivo llevado a cabo en 1978, por las creencias de Jim Jones en Estados Unidos.

El suicidio es un fenómeno que ha causado polémicas a nivel político y social, es un evento que tiene impacto directo en el psiquismo de quienes se enteran del suicidio, los familiares, conocidos, amigos, compañeros de trabajo etc. En algunas culturas era considerado un delito. En México es una de las principales causas de muerte.

Como sugieren Gutiérrez *et al.* (2006), en su artículo sobre el suicidio, en la actualidad se precisa de un orden en las definiciones de lo concerniente al tema del suicidio, para dimensionar los factores de riesgo en un sujeto y posteriormente en la sociedad. Es decir que se requiere profundizar sobre el estudio de este fenómeno y así poder proporcionar las estrategias de intervención más convenientes.

Por su parte, René Jimenez (2013) afirma que “(...) el suicidio no se trata de una decisión personal privada, sino de un fenómeno social que obedece a ciertos factores socioculturales presentes en toda sociedad y que influyen de manera directa en la conducta suicida (...)”.

Es probable que uno de los factores que más influyen en la decisión de una persona para optar por el suicidio, es el factor social, económico y político, basta con recordar la “gran depresión norteamericana”. Por lo tanto, como lo sugiere Durkheim (1897), el suicidio es un hecho social. Puede agregarse a esto, que es multifactorial, es

decir, hay elementos sociales, personales, económicos y biológicos que influyen para el fenómeno suicida.

No obstante, para su abordaje clínico es preciso considerar que a cada sujeto le concierne un tratamiento personal en que se encuentren las causas que lo llevan a pensar o a intentar el suicidio. De acuerdo con Palacio (2007) “el que una persona determinada sucumba o no a esas situaciones es un caso particular, y es una cuestión que corresponde a otra disciplina: la psicología”.

Desde la psicología, Edwin Shneidman (1971), considerado como el padre de la suicidiología moderna, conceptualiza el suicidio como una crisis psicológica, además de que plantea, siguiendo lo dispuesto por Camus, un verdadero problema filosófico. Sus colaboraciones han aportado una comprensión clara y accesible, cuya intención es que fuera un concepto comprensible para la sociedad en general, y lo define así: “el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional, en un individuo que percibe este acto como la única solución”. (Chávez-Hernández, 2010).

Su propuesta y contribución se centró en modos de intervención sobre qué hacer con el fenómeno suicida, no reduciéndose a proponer un discurso para su comprensión, sino que implicase un abordaje clínico para su prevención y tratamiento.

Por lo tanto, el suicidio ha de ser entendido como un proceso en que interviene una serie de factores de riesgo como pueden ser: la estructura social, el factor económico, la religión, entre otros, así como elementos propios de cada sujeto, como la estructura de personalidad, relaciones familiares o la comorbilidad con otros padecimientos. Por ejemplo, es posible pensar en causas fisiológicas, como el curso químico de una depresión, una enfermedad terminal, la pérdida de algún sentido o extremidad, entre otros.

A propósito de lo anterior, desde la neurobiología, el fenómeno suicida puede estar asociado a la depresión. Ezzell (2003) lo atribuye a una falla o un déficit en las estructuras nerviosas que intervienen en la producción de serotonina, un neurotransmisor que interviene en la regulación del estado de ánimo, por lo anterior, personas con estas características son más propensas a padecer depresión y por consiguiente el riesgo de presentar conductas suicidas es mayor.

Se considera al suicidio como un acto personal que sólo le compete al sujeto, es quizá el acto más personal de todos. Dado que evidencia casuística sugiere que el suicidio puede ocurrir, sin importar el sistema de creencia o la situación

socioeconómica del sujeto. Es decir, ante el hecho de que un paciente comunique la intención suicida, o haya acudido a consulta por un intento previo, el terapeuta orientará sus intervenciones, exclusivamente en el paciente. Ello no implica desechar la importancia que tiene el contexto circundante al sujeto.

Para el psicoanálisis, el suicidio implica orientar los cuestionamientos sobre el acto, hacia el sujeto y cómo éste se circunscribe en el lenguaje, dando como resultado una serie de atribuciones a la emergencia intempestiva de un contenido inconsciente, al plano consciente.

Freud, en *Duelo y Melancolía* (1915), principalmente establece un distingo entre un duelo, en el cual la pérdida del objeto es consciente y la melancolía en que aparece una pérdida desde el inconsciente, entre tanto, el sujeto siente y sospecha de una pérdida, pero desconoce qué fue lo que perdió. En el fenómeno de la melancolía se hace referencia a un debilitamiento y rebajamiento del yo. Esta es una forma de explicar las depresiones desde el plano psicoanalítico, lo cual tiende un puente hacia el abordaje del fenómeno suicida.

Este estado de rebajamiento del yo puede llevar al sujeto al suicidio por un proceso de identificación con el objeto de amor perdido, en el curso de la melancolía, que implica también un delirio de empequeñecimiento del yo, haciéndose también propenso a la culpa, es decir que en el estado de rebajamiento del yo, la “conciencia moral” o superyó, le propinan al sujeto una culpa que lo lleva a castigarse.

Freud acuña una de sus frases célebres sobre la cual se puede captar la lógica de la melancolía como una modalidad patológica de duelo: “La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular, como un objeto, como el objeto abandonado”. (Freud, 1914: 246). Es decir, el objeto blanco de los reproches superyoicos es el yo, de esta manera se evita la hostilidad hacia el objeto perdido. Aquí se aprecia también el concepto freudiano de la ambivalencia de afectos, es decir, el mismo objeto de amor perdido es amado y odiado. El sujeto suicida no logra discernir entre sus afectos de amor hacia el objeto perdido, sus afectos hostiles y agresivos.

Ante la incapacidad de hacer esta diferenciación, más el hecho de que el objeto de amor también es blanco de la hostilidad del sujeto, éste resuelve por volcar sobre sí, tanto el amor como el odio dirigido a ese objeto, dando como resultado un acto suicida. Ya que en psicoanálisis el sujeto suicida también es un sujeto narcisista.

Desde esta primera elaboración, el suicidio puede ser entendido como matar a otro en uno mismo.

El suicidio puede ser entendido como el efecto de un superyó sádico, como “instancia crítica” ante un yo devaluado por el efecto ya sea de una pérdida externa que lo conduzca a un duelo, o una pérdida inconsciente que implique la melancolía. A la par de estas elaboraciones también aparecen los suicidios inconscientes o “tolerados inconscientemente”, es decir, son aquellos en los que el sujeto no manifiesta su deseo de morir, pero que tiende a actos riesgosos o sufrir accidentes (Ortega y Pedroza, 2017).

En la obra *Más allá del principio de placer* (1920-1921), Freud propone el funcionamiento de un proceso que excede el principio de placer hasta entonces conocido como forma de satisfacción de las pulsiones. Por lo tanto, se puede proponer que el suicidio es un fenómeno propiciado por los efectos de la pulsión de muerte, entendida ésta como una moción inconsciente tendiente a la muerte. En tal caso, el suicidio implica la emergencia o el acceso intempestivo de la pulsión de muerte al plano consciente del sujeto.

Por lo tanto, se entiende que el suicidio es un fenómeno que como acto es quitarse la vida de forma voluntaria, en él intervienen una gran variedad de factores, tanto en lo individual y lo íntimo del sujeto, como factores externos que confluyen con el sujeto suicida. De lo anterior es posible destacar que para su intervención se ha de considerar lo siguiente:

ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL

Un factor de riesgo importante es el contexto inmediato que circunda al sujeto con ideación o intento suicida, en virtud de que existe un riesgo mayor si en la familia han existido otros intentos o ha habido fallecimientos de familiares por suicidio. Así como también puede implicar un riesgo si en los círculos sociales próximos del sujeto, han existido suicidios, como en el grupo de amigos, compañeros de trabajo, vecinos, conocidos, entre otros.

Es un factor de riesgo, dado que el suicidio es un fenómeno cercano para el individuo y ello implica que de entre sus seres cercanos o conocidos ha habido quienes optaron por el acto suicida.

ELEMENTOS CULTURALES Y RELIGIOSOS

En algunas comunidades y religiones se encuentra el fenómeno suicida, desde una vertiente espiritual o como un acto ritual orientado a satisfacer a alguna deidad o ídolo, no obstante, en este sentido puede entenderse el suicidio como un acto sacrificial. Por otro lado, también puede ser considerado un acto simbólico que implica salvaguardar el honor o la obediencia a un estado. Tal es el caso del Seppuku, para la idiosincrasia japonesa en el acto bélico.

FACTOR ECONÓMICO

Si bien no es determinante por sí mismo, el factor económico desafortunadamente implica en muchos casos la posibilidad de acceder a medios de difusión o a tratamientos para la prevención del suicidio, por ejemplo, dificultades financieras implican limitaciones en formas de transporte y de comunicación. Aun cuando los avances tecnológicos actuales permiten una comunicación más directa, en ciertas comunidades aún no se han desarrollado estrategias de contacto.

Por otra parte, una posición económica más alta puede implicar grandes requerimientos de seguridad, en otros sectores en los que las posibilidades económicas son mayores o se satisfacen los requerimientos financieros, es posible encontrar eventos suicidas.

EDAD

La Organización Mundial de la Salud (2001) ofrece una estadística al respecto del suicidio como una de las principales causas de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Ello sugiere que el suicidio a nivel estadístico ocurre más en edades propias de la adolescencia, ello podría establecer una correlación entre suicidio y adolescencia.

Lo anterior es una serie de factores tendentes al contexto general, como factores a considerar respecto de la intervención con el paciente suicida, no obstante también es preciso considerar al suicidio como un acto personal y cuyos motivos pueden concernir a la subjetividad de cada persona, hay factores individuales que han de ser

investigados al momento de la intervención a un paciente con ideación o intento suicida, algunos autores los han referido como factores de riesgo, que implican por ejemplo, valorar la letalidad de la idea o intento suicida, los medios por los cuales se ha planeado acto suicida, entre otros, que a propósito serán desglosados en el capítulo siguiente.

Por último, es importante considerar el suicidio como el evento final de un proceso previo, conocido como proceso suicida, como un modelo explicativo del acto de quitarse la vida. Éste implica que el proceso suicida inicia en el momento en que se presentan los primeros pensamientos en torno al hecho, usualmente aparecen ideas sobre cómo llevarlo a cabo.

Posteriormente ocurren los primeros intentos, usualmente es posible que el sujeto emprenda acciones que impliquen un daño para sí mismo, y eventualmente el grado de letalidad aumenta de manera gradual hasta culminar con el acto suicida. Ello sugiere que se establece una secuencia progresiva y gradual, para entonces es probable que el sujeto manifieste actitudes previas al suicidio, como actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos (Gutiérrez, 2006).

Para efectos de la intervención en crisis de tipo suicida, se tiene que el suicidio es entendido como una crisis, en la que se manifiesta conscientemente el deseo de morir, o por medio de conductas o discursos que puedan sugerir la lógica del suicidio. Además, se puede considerar que el suicidio es precedido por un proceso que implica el aumento gradual, tanto de las ideaciones, como de los actos suicidas. Es posible describir cada una de las “etapas” del proceso suicida:

Aparición de la idea suicida. El proceso suicida inicia desde la aparición de ideas concernientes a hacerse daño, en este momento el sujeto comienza a justificar por qué el suicidio podría ser una opción de solución ante la situación que percibe como imposible de resolver por medios que no impliquen terminar con su vida.

Planificación suicida. En este momento, el sujeto suicida comienza a determinar la decisión de quitarse la vida y aparecen elementos prospectivos referentes al modo de llevar a cabo el suicidio, como el momento del día en el cual llevar a cabo el acto, elección del medio por el cual se pretende hacerlo. Usualmente en este momento es posible apreciar conductas redentoras o de despedida.

Acciones previas al suicidio. Una consideración importante para la intervención de crisis suicidas es el hecho de que en la planificación es posible valorar la letalidad del método seleccionado, así como la narrativa del plan suicida, es decir, el grado de

letalidad puede variar según el modo en que el sujeto pretenda llevar a cabo el acto suicida, por ejemplo, existe mayor riesgo si la persona planea un suicidio en silencio o no comunicar la idea o el plan. Por el contrario, si la persona planea llevar a cabo el acto ante una situación que implique la posibilidad de que alguien más impida el intento. En algunos casos en realidad el suicidio no funge como un acto deseado y más bien puede entenderse como un llamado a que otro le rescate.

Intento suicida. De acuerdo con el modelo explicativo del suicidio como un proceso, el intento suicida, tenga éxito o no, es el momento en que se lleva a cabo el acto. Como lo sugieren Gutiérrez-García y sus colaboradores (2006), los intentos suicidas pueden incrementar la letalidad de manera gradual, hasta llegar a la consumación del acto.

Dado que el suicidio es un proceso que no se da de forma súbita o inmediata, es importante considerar factores propios del sujeto, es decir, que el sujeto que presente ideación o acto suicida (intento) tenga en sí una predisposición al acto, por su estructura de personalidad. Por ejemplo, una persona psicótica o de disposición perversa (según la psicopatología psicoanalítica clásica) es más propensa a llevar a cabo un acto suicida que una persona neurótica, siendo que la neurosis es la estructura más común en la sociedad según el psicoanálisis.

En este sentido, puede leerse que una persona con padecimientos graves puede pasar por una crisis psicótica y alucinatoria. Sin embargo, una persona presumiblemente “sana” (énfasis en las comillas) también puede experimentar crisis de distintos modos, el delirio y algunas alucinaciones pueden ser esperables en momentos de crisis o emergencia psicológica.

Brevemente, una crisis está entendida como la reacción de conmoción psicológica y también física, ante un evento vivido por el individuo que no puede ser resuelto y explicado por sí mismo, como usualmente lo hace. Por ejemplo, el fallecimiento de un familiar, un despido laboral, un accidente, o también crisis comunes de la vida, como el término de los estudios, o el ingreso a un trabajo, entre otras experiencias de la vida cotidiana. Lo delicado de la crisis y de las emergencias psicológicas, es que, de no ser atendidas pueden derivar en la concreción del suicidio.

Con el fin de retomar que el suicidio es un proceso, es necesario considerar que la gran mayoría de las personas ha pensado ocasionalmente en la propia muerte. Es decir, se sabe que el humano es mortal, y que en algún momento sucederá el deceso propio. Entonces ocurre que se piensa ¿cómo será? ¿En qué momento? ¿Qué sucederá cuando ya no esté? y esto es distinto de la ideación suicida, ya que, en ésta, la persona

comienza a justificar por qué se trata de una decisión posible, así como la planeación y el método a utilizar.

Por lo tanto, el proceso suicida inicia con un evento desencadenante, es decir, una experiencia en el individuo, vivida de forma interna o externa, lo cual precipita la ideación suicida, posteriormente, la búsqueda de medios y la planificación para el suicidio, se presume que existe también una negociación previa al acto suicida, es decir, un discurso interno, por lo general acompañado de actos simbólicos de despedida: dejar todo en orden, fiscal y económicamente, contactarse con seres queridos y en algunos casos dejar vestigios o pistas de despedida, como cartas o fotografías. Finalmente, el acto o intento suicida que puede o no consumarse.

Como se ha mencionado antes, hay una íntima relación entre el fenómeno de suicidio, y la personalidad del sujeto, en este sentido, las razones que tenga una persona para quitarse la vida le son propias a cada individuo. Por ejemplo, en algunos casos, el intento suicida puede ser una llamada de atención, o incluso un modo de chantaje y en otros casos, puede tratarse de efectivamente un pasaje al acto, es decir que la emoción o el contenido psicológico afectivo para la persona sea insostenible.

Freud (1920), en su teoría de las pulsiones y en su obra *Más allá del principio del placer*, habla de la pulsión de muerte. Implica que existe en el individuo una tensión inconsciente de la propia muerte y escribe, que es la falla del yo ante esta pulsión lo que puede derivar en un suicidio.

Una pulsión es un esfuerzo del sujeto, orientado a satisfacer una moción interna inconsciente, como lo pueden ser las pulsiones sexuales y de muerte, tendentes a aliviar la tensión inconsciente. El comportamiento de las pulsiones, al ser inconsciente, implica la búsqueda de formas alternas de satisfacerse. A esto se le conoce como conflicto psíquico desde la perspectiva psicoanalítica.

Particularmente, Freud advierte la existencia de pulsiones orientadas a la agresión, la violencia y la muerte, en principio por la hipótesis de retornar a un *estatus quo* previo a la vida. Posteriormente los postulados sobre la pulsión de muerte sugieren que es una pulsión primordial y constitutiva del sujeto, al igual que las pulsiones sexuales.

ATENCIÓN AL SUICIDIO, VÍA TELEFÓNICA

Se aborda el modo de intervención en crisis suicidas que se lleva a cabo en la Línea de Atención Psicológica Universitaria, a partir de los protocolos homologados con otras instituciones de la misma índole.

Para tales efectos, importa distinguir los factores de riesgo, que confluyen alrededor del intento suicida, Gutiérrez-García *et al.* (2006) dividen los factores de riesgo entre fijos y modificables. Siendo los factores fijos aquellos que, como su nombre lo indica no pueden ser abordados para modificar las circunstancias del suicidio, pueden ser elementos estadísticos, como la edad, etnia, estado civil, situación económica, género, preferencias sexuales, factor genético, intentos previos de suicidio.

Los factores de riesgo que pueden ser modificables son la presencia de estados de ánimo alterados como la depresión o la presencia de crisis de ansiedad, el contar con el acceso a los medios para llevar a cabo el suicidio, interrupción de tratamientos tanto médicos como psiquiátricos o procesos terapéuticos previos abortados, ruptura de relaciones y aislamiento sociales, formando un círculo vicioso (Gutiérrez-García *et al.*, 2006).

Por lo anterior, es importante que en la intervención se pueda conocer a fondo, “de pies a cabeza”, el pensamiento y el acto del sujeto suicida. Su forma de proceder determina en gran medida el riesgo. No es lo mismo que en el *cutting*, los cortes sean superficiales a que se ejecuten de forma vertical y con mucha profundidad, o las diferencias entre tomar pastillas, o tirarse de un edificio. La letalidad de la planeación suicida, indica la gravedad del caso.

También es necesario que se investigue en qué momento del día suceden los pensamientos o el intento suicida, si se encuentra el sujeto solo, aislado, o existe la posibilidad de que alguien lo vea o le rescate, lugares públicos o privados.

A continuación, se presenta el protocolo de intervención en crisis suicidas, éste contempla el nivel de riesgo por tres etapas, una breve clasificación de los tipos de suicidio que usualmente se encuentran en la atención vía telefónica.

RIESGO SUICIDA

Principalmente y para efectos prácticos, el suicidio puede tipificarse como un proceso en tres etapas, y el grado de riesgo aumenta con cada una, además de ello es importante

tener en consideración los factores de riesgo anteriormente mencionados, por lo tanto se tiene que el primer nivel, en el que el riesgo suicida es menor ocurre con la aparición de la ideación suicida, éste implica que la persona percibe el deseo de morir pero no ha planificado ni el modo ni los medios para llevar a cabo el acto.

En un segundo nivel, la persona ha pensado en el momento y el método, pero aún no cuenta con los medios físicos para llevarlo a cabo. Consecuentemente el grado de riesgo es mayor que en el primer nivel.

Por último, en el tercer nivel, la persona ya ha llevado a cabo ensayos o intentos suicidas en los cuales el riesgo es inminente y se requiere atención de emergencia inmediata (Dorantes, 2017).

Además de lo anterior, es importante conocer si el intento suicida puede aparecer como asociado al curso de una psicopatología como la depresión, la manía, cuadros paranoides o esquizofrénicos, o por histeria.

SUICIDIO POR DEPRESIÓN

El estado de ánimo decaído del sujeto puede implicar sensaciones de abatimiento, aburrimiento o pérdida de placer por las actividades de la vida diaria, además de la presencia de emociones por lo general de tristeza y desgano. La persona se siente sumida en la nada, sin energía o interés hacia lo que le rodea, con un vacío interior que el sujeto percibe como absoluto y que no puede ser llenado (Dorantes, 2017).

En estos casos, el suicidio se percibe como una alternativa para dejar tales sensaciones, bajo la idea o la fantasía de que en la muerte se puede encontrar alivio o descanso. No obstante, el momento de mayor riesgo suicida por depresión, no es el punto máximo de la depresión, ya que se presume que la persona no cuenta con energía o interés ni siquiera para planificar el suicidio. Es en el momento en que el sujeto comienza a salir de la depresión cuando está más propenso a llevar a cabo el acto suicida.

No se omite considerar que la depresión puede estar asociada no sólo a causas neurológicas, sino que también es un trastorno en que se manifiestan ideas delirantes, similares al curso de una crisis o la estructuración psicóticas.

SUICIDIO POR MANÍA

Usualmente se entiende la manía como la contraparte de la depresión, se trata de un estado de ánimo excitado, que puede propiciar que el sujeto asuma conductas de riesgo, en muchas ocasiones sin considerar las probables consecuencias de los actos que emprende. Por ejemplo, en adolescentes es probable encontrar conductas tendientes a la manía.

En estos casos, la persona no manifiesta como tal el deseo de morir, sino por el contrario la idea de “vivir intensamente”. Tiende a conductas que lo lleven a experimentar emociones intensas, por ejemplo, la práctica de deportes de alto riesgo como la escalada, rapel, deportes de contacto, sostener relaciones coitales polígamas sin protección, entre otros (Dorantes, 2017).

SUICIDIO POR PARANOIA

La paranoia se entiende como un síntoma patognomónico que sugiere la existencia de algún trastorno de tipo psicótico, así como también se encuentra presente en personas con estructuración psicótica. Dado que se presume un contacto con la realidad lábil, la paranoia implica la sensación de persecución o de vigilancia en su entorno inmediato, lo cual puede llevar al sujeto a asumir conductas de hipervigilancia, aislamiento parcial o total, entre otros, con motivo de ejercer un control sobre las sensaciones de persecución propias de la paranoia.

El suicidio en estos casos puede surgir como un modo de terminar o huir de manera definitiva con la sensación de persecución o de amenaza proveniente de un tercero, mismo que por las características de la paranoia, puede ser producto de una alucinación o un delirio de persecución.

SUICIDIO POR ESQUIZOFRENIA

El esquizofrénico se vive a sí mismo y a su mundo circundante de forma escindida, es decir, cortada, generando de manera delirante o alucinatoria la idea de dos o más partes del individuo, que condensan de manera totalitaria por un lado las partes

“buenas” o positivas y por otro lado las partes “malas” o negativas de sí mismo. Ante la incapacidad de integrar en su personalidad tanto los elementos positivos como los negativos, el suicidio puede surgir como un brote psicótico en el cual se pretende eliminar la parte negativa, bajo la idea de que la parte “buena” o positiva quedará intacta (Dorantes, 2017).

SUICIDIO POR HISTERIA

En el caso de un intento suicida en el que no se ha determinado la posibilidad de comorbilidad con otros trastornos más graves, el intento podría interpretarse como un llamado a ser rescatado por alguien más. Usualmente no se llega al acto suicida, sino que se lleva a cabo un plan que “garantice” el rescate por parte de alguien cercano. Sin embargo, el riesgo estriba en la posibilidad de que el plan fracase y no se dé la posibilidad de un rescate, dando como resultado la consumación del intento suicida.

Una vez que se ha determinado el tipo de suicidio de acuerdo con la clasificación arriba mencionada, es importante valorar el grado de riesgo que existe según lo que el paciente comunique, para tales efectos será necesario considerar que no todos los intentos o ideaciones suicidas aparecerán de forma directa en el discurso del paciente, por lo tanto puede sospecharse del fenómeno suicida si el sujeto, de manera consecuente con el conflicto planteado, refiere por ejemplo, no encontrar sentido alguno a su existencia, sentirse demasiado agotado o cansado para continuar con su vida o menciona que nadie notaría si desapareciera (Dorantes, 2017).

Si bien los anteriores pueden captarse como ejemplos muy subjetivos, durante el proceso de llamada, es menester abordar el protocolo de suicidio ante cualquier sospecha o indicio que pueda sugerir la lógica suicida en el paciente. Ante todo, cualquier amenaza o sugerencia suicida debe tomarse en serio y se procederá conforme al protocolo, ya sea que el acto o idea suicida sea real o no.

QUÉ HACER ANTE LLAMADAS POR CRISIS SUICIDA

En primer término, un elemento que auxilia en gran medida es el hecho de que la persona hizo la llamada, lo cual sugiere que busca en su interlocutor razones para

continuar vivo y este es uno de los principales factores de apoyo y de trabajo con este tipo de llamadas. Es posible hacer ver al paciente que, si bien está pensando en suicidarse o ya lo ha intentado, algo lo movilizó a buscar asistencia, lo cual implica que en realidad existe una preocupación por resolver el intento suicida y por consiguiente el deseo de morir es tratable.

Un segundo elemento para la atención de llamadas por motivo de suicidio es invitar y estimular que la persona hable lo más posible respecto del evento que precipitó la idea suicida, así como también que pueda explorar y comunicar tanto a su terapeuta como a sí misma todo lo concerniente a ese intento o idea suicida. Lo anterior bajo la consideración de que mientras pueda hablar y poner en palabras aquello que le lleva al suicidio, el riesgo se reduce, es decir, la palabra previene el acto, en virtud de que al hablar sobre lo sucedido y las emociones y pensamientos concernientes al evento, el riesgo de que se lleve a cabo el acto puede disminuir.

Por lo general, es útil mantener la consideración de que 99 % de los casos que comuniquen ideación suicida, en realidad no se sustentan en un deseo de morir, y esto no implica que 1 % restante no sea significativo. Lo que es más, ante cualquier información o pista que sugiera ideación o intento suicida, se debe colocar especial atención y respeto por lo que el sujeto comunica y siente. Como se ha dicho al inicio, es un fenómeno de atención prioritaria. El intento suicida más riesgoso, es aquel que no se comunica, aquel que no se habla y son casos frecuentes, los de personas que llevaron a cabo el acto suicida y no lo comunicaron.

Por otro lado, si durante la llamada se ha detectado el deseo suicida, el terapeuta tiene la opción de nombrar, poner en palabras que se trata de un intento suicida, a manera de pregunta: ¿a partir de lo que me comenta ha tenido la intención de hacerse daño?, o ¿ha pensado en suicidarse? Ya que contrario a lo que se pueda pensar, el hecho de nombrar el suicidio, permite trabajar con el paciente sobre este tema y ello no precipitará al individuo a que lo ejecute.

En este sentido, las intervenciones vía telefónica y en general, las intervenciones breves o de psicoterapia prolongada, están dirigidas a que se escuche aquello que el sujeto intenta decir, no con palabras sino con actos. Es así que lo que no se pone en palabras puede actuarse. Por lo tanto, la intervención breve, se sostiene en eso, en hacer que la persona hable y ponga en palabras lo que siente y eso que lo lleva al suicidio.

Para tales efectos, ya que se ha detectado y valorado el riesgo suicida, es consecuente explorar cómo, cuándo, dónde y con qué medios ha pensado llevar a cabo el acto

suicida, así como también preguntar qué lo ha detenido hasta el momento. Al igual que con la consideración anterior sobre preguntar directamente si el sujeto está pensando en suicidarse, el preguntar sobre lo que lo ha detenido, no precipitará la acción suicida, sino que permitirá operar desde allí, con efecto de aportar en conjunto con el paciente soluciones alternativas al suicidio.

Además de lo anterior, la escucha debe ser un elemento que predomine a lo largo de la atención, debe ser una escucha “afinada”, después se procura la “contención y catarsis”. Primero, la catarsis es un concepto que se ha entendido como el desahogo emocional, deviene de la tradición griega del teatro, del siguiente modo: mientras había una puesta en escena, el público, conmovido e identificado con lo que sucede en la obra, rompe en llanto, grita y/o se emociona, a eso le llamaban catarsis, actualmente el concepto implica el hablar de lo sucedido, facilitar y validar la emoción que en ese momento surja.

Primero y más importante, escuchar y que el interventor esté dispuesto a escuchar, no oír. Se oyen sonidos y ruido, pero al escuchar se enfocan todos los sentidos y la atención a eso que se está diciendo. Para tales efectos, es importante que el interventor sea una persona capacitada y en constante entrenamiento y terapia personal, de modo que se encuentre preparado.

Por lo tanto, se recomienda que el perfil del interventor cumpla con ciertas características como la empatía, la escucha, sensibilidad, experiencias de vida, su propia terapia, entre otros; preferentemente psicólogos con experiencia en la intervención en crisis.

La contención emocional implica proporcionar, mediante la escucha, respetuosa y en silencio, un espacio subjetivo, para que se dé la atención. Parte de lo inspirador de trabajar en una línea telefónica, es que sólo se cuenta con la voz y la escucha, ello permite al interventor entrenar la escucha y sentir, procurar empatizar con lo que le sucede a quien llama. De lo anterior, debe aclararse que la empatía no precisamente estriba en un entendimiento intelectual de lo que sucede con el paciente. Dado que se trata de un servicio profesional, no se escucharán consejos comunes o frases como “te entiendo”, o “échale ganas”, al contrario, se trata de disponer un interés genuino en lo que sucede y en la forma de sentir y vivir de la persona que llama.

Parte de lo que sí es indicado comunicar, es la validación de las emociones que siente el sujeto, “es válido que se sienta de este modo”, esta escucha y contención constituyen el primer paso que es el contacto psicológico y debe ser distinto de una charla común.

Una vez que se inicia la catarsis, es importante que el paciente hable de forma profunda y sin recelo de lo que siente, de lo que sintió, de lo que piensa e imagina respecto del suicidio. Con preguntas encaminadas a dos cosas, a que hable, y a indagar el riesgo que existe, saber si ya cuenta con los medios para hacerlo, si lo ha planeado o sólo es una idea y por otro lado conocer si en su familia ha habido pérdidas por suicidio. Por otra parte, preguntar qué imagina que puede suceder si fallece y qué es lo que hasta el momento lo contiene, qué hace cuando piensa en suicidarse. No tratar de desviar la atención a otros temas.

Otro elemento de gran utilidad para la atención de crisis suicidas es acordar un encuadre con el paciente, que conlleve a la elaboración de un compromiso de la pareja terapéutica, a razón de prevenir la actuación suicida durante la intervención, es decir, el periodo que duren las sesiones. Es conveniente hacer ver que el paciente es parte fundamental para prevenir su suicidio y tiene total posibilidad de resolver la situación que lo ha llevado a pensar o intentar el suicidio.

Esto implica que mediante la llamada a la línea telefónica la persona haga un compromiso para sí y con el terapeuta de no infringirse daño físico durante el tiempo que ostente la consulta, y procurar, en la medida de lo posible, un restablecimiento de sus funciones yóicas, previas al evento de crisis, es decir, que sea capaz de funcionar del modo en que lo hacía antes de presentar una crisis, emergencia psicológica o un evento que detone la ideación o intento suicida.

Es menester, para la intervención en crisis suicida, la “elaboración de compromiso”, que consiste en proponer, a manera de acuerdo con el paciente, que el interventor se compromete a trabajar de forma prioritaria y a escucharle, y el paciente se sujeta a no quitarse la vida durante el tiempo que dure la intervención. Tal pacto también se refiere al paciente consigo mismo.

Posteriormente, invitarlo a acudir a psicoterapia cara a cara, y también que si lo requiere puede volver a marcar. Por lo general, de acuerdo con lo trabajado en la LAPU, los pacientes acceden a hacer este compromiso y en muchos de los casos son referidos a diferentes instituciones de atención psicológica públicas y particulares.

También es importante explorar cuáles son las redes de apoyo, es decir, familiares, amigos y otros profesionales. En algunas ocasiones es necesario comunicar al consultante, que se requerirá posiblemente del apoyo de sus familiares o de otros profesionales, esto ha de ser informado y acordado con el sujeto por cuestiones de confidencialidad.

El secreto profesional sólo puede ser roto si la persona es propensa a dañarse a sí misma o a los demás, y no es un elemento ético que el psicólogo rompa deliberadamente, esta decisión debe consensuarse y comunicarse al consultante. Una vez que se ha hecho este acuerdo, y que se denotan los factores de riesgo, es importante que el paciente proponga para sí mismo y comunique al psicólogo sus actividades, es decir, qué planea hacer para continuar atendándose y eventualmente poder resolver la ideación o los intentos suicidas.

Por lo general, la atención a casos suicidas es con un mayor número de sesiones o en este caso de llamadas, para dar un seguimiento continuo al caso. Los manuales de Bellak y Small (1980) sugieren una extensión de 10 a 12 sesiones o llamadas, en los cuales se estará trabajando, de forma continua, con lo dispuesto por el paciente, haciendo un monitoreo continuo del cómo se ha sentido, y si el riesgo de ideación o intento suicida ha disminuido o aumentado.

Ante todo, la intervención en crisis no está diseñada para ofrecer una “cura” o la resolución total o parcial de un conflicto psíquico, para ello están las intervenciones terapéuticas prolongadas como el psicoanálisis, la psicoterapia cognitivo conductual, la Gestalt, entre otras. Es así como la intervención en crisis apunta a que el individuo sea contenido y que pueda volver a su modo común de funcionamiento, al estado afectivo y psicológico, previo al suceso de crisis o de emergencia. Por lo tanto, no reemplaza a ningún método de psicoterapia. Incluso, más allá de eso, complementa y deriva a las intervenciones prolongadas. Justo como sucede en el ámbito médico, un paramédico traslada a un paciente a intervenciones médicas y su finalidad es reestablecer físicamente al paciente.

REFERENCIAS

- Arango, R.; Martínez, J. (2012). “Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana”. *Revista colombiana de ciencias sociales* 4(1) 60-82.
- Bauza, H. (2018). *Miradas sobre el suicidio*. Buenos Aires, FCE.
- Bellak, L.; Small, L. (1980). *Manual de psicoterapia breve y de emergencia*. México, Pax.
- Chávez-Hernández, A.; Leenaars, A. (2010). *Edwion S. Shneidman y la suicidiología moderna*. Departamento de Psicología, México, Universidad de Guanajuato.

- Dorantes, F. (2017). *Llamadas de difícil manejo: llamadas con riesgo suicida*. Formación y Desarrollo en Psicología Integral.
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio: un estudio sociológico*. Paris, Félix Alcan Éditeur.
- Durkheim, E. (2000). *El suicidio*, 6ª ed., México, Ediciones Coyoacán.
- Ezzell, C. (2003). “Neurobiología del suicidio”, *Investigación y ciencia* (319), pp. 17-23.
- Freud, S. (1914-1916). *Obras completas, Tomo XIV: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico; trabajos sobre metapsicología y otras obras*, Madrid, Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920). *Obras completas, Tomo XVIII: Más allá del principio del placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*, Madrid, Amorrortu Editores.
- Gutiérrez, A.; Contreras, C.; Orozco-Rodríguez, R. (2006). “El suicidio: conceptos actuales”, *Revista de Salud Mental*, 29 (5) pp. 66-74.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio* (datos nacionales). INEGI.
- Jiménez, R.; Cardiel, R. (2013). “El suicidio y su tendencia social en México 1990-2011”, *Papeles de Población* 19 (77) pp. 205-229.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, M., Pedroza, H. (2017). *El suicidio para el psicoanálisis*. México, Catarsis.
- Palacio, C., García, J., Diago, J., Zapata, C., López, G., Ortiz, J. et al. (2007). *Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case control study of psychological autopsy*. *Arch Suicide Res*, 11(3), 297-311.
- Revueltas, J. (1943). *El luto humano*. México, Ediciones Era.
- Shneidman E. (1971). *Suicide and suicidology: A brief etymological note*. *Suicide Life-Threatening Behavior*; 1:260–264.
- Slaikeu, K. (1944). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México, El Manual Moderno.
- Small, L. (1997). *Psicoterapias breves*. Barcelona, Gedisa.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS

María del Rosario Porcayo-Mercado,

Aura Yareth González-Sánchez

Miguel Ángel Gama-Ávila

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir las habilidades de niños evaluados en el Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (CESPI) de la Facultad de Ciencias de la Conducta, perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de México. Este espacio ofrece el servicio de terapias psicológicas a la población del Valle de Toluca, Estado de México, y cuenta con un departamento que brinda atención a niños por medio del programa de Valoración Neuroconductual Infantil. Los niños atendidos, frecuentemente son canalizados al centro por las escuelas o son los padres quienes solicitan el servicio.

Se trabajó con niños de 4 a 6 años, teniendo en total 8 participantes: 4 hombres y 4 mujeres. Los motivos por los que fueron canalizados: berrinches, desobediencia, resistencia para realizar la tarea y problemas de atención. Se aplicaron diversos instrumentos: historia clínica, cuestionario para padres, cuestionario de signos neurológicos blandos, tomados de la Escala Neuropsicológica Infantil (ENI), ficha de identificación, Escala de Inteligencia para los niveles preescolar y primaria de Wechsler (WPPSI) y Programa de Desarrollo para Infantes y Niños Pequeños de Sally Rogers y Diane B. D'Eugenio.

En la prueba de inteligencia se vio que las niñas se encuentran dentro del promedio en la escala verbal, y los hombres se encuentran mejor en la escala de ejecución. En la prueba de desarrollo, las áreas con mayor problema en los hombres fueron en cognición-número, clasificación, seriación, tiempo, lenguaje, motor fino y grueso. Para las niñas en seriación, espacio, tiempo, social-emocional y motor grueso.

ABSTRACT

We worked with children from 4 to 6 years of age, in the Center for Comprehensive Psychological Studies and Services (CESPI), within the children's neurobehavioral assessment program, with a total of 8 participants, 4 men and 4 women. The reasons why they were channeled: tantrums, disobedience, resistance to perform the task and attention problems. Various instruments were applied to all children: clinical history, questionnaire for parents, soft neurological signs questionnaire, taken from the Infant Neuropsychological Scale (ENI), identification card, Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) and Developmental Programming for Infants and Young Children of Sally Rogers and Diane B. D'Eugenio.

The intelligence test showed that girls are within the average on the verbal scale, and men performed better on the Execution Scale. In the developmental test, the areas where the greatest problems were identified in men were number, cognition, classification, seriation, time, language, fine and gross motor. As for the girls were in seriation, space, time, social-emotional and gross motor.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, pese a que imperan las tecnologías y éstas se encuentran más al alcance de todos, son herramientas que no han sido diversificadas en distintos estratos sociales, por lo que existen niños que se desarrollan en condiciones severas de adversidad psicosocial. Mucho de lo que retrasa el desarrollo, tanto en la vida escolar como en la adulta, está ligado directamente a las circunstancias que su entorno social y familiar les brindan para adquirir determinados conocimientos y habilidades.

Los factores ambientales juegan un papel muy importante en el desarrollo del niño, así como en las áreas biológica y psicológica. La injerencia en estas áreas no puede ser estudiada por separado, son aspectos que interactúan constantemente y por ello están presentes todo el tiempo en la vida humana. Las personas, lugares, acontecimientos y cosas con las que se interactúa todo el tiempo, forman parte del medio y no es algo de lo que un infante pueda desprenderse a voluntad.

Cuando se desea entender el retraso en el desarrollo de un infante y tomar acciones para que esté acorde con sus pares, es fundamental realizar una exploración

y valoración psicológica, al notar los padres algunos indicadores de que algo no está bien en el crecimiento de sus hijos (Damián, 2003).

En el Centro de Servicios Psicológicos Integrales se realizan estudios de valoración neuroconductual a niños de 0 a 11 años, quienes asisten por diferentes problemáticas tanto de aprendizaje como de conducta. Por una parte, los padres, ante ciertas conductas presentes en sus niños, deducen que algo está pasando y muchos otros son canalizados por las maestras de escuela y los envían a dicho centro con la finalidad de saber si tiene o no problemas. El trabajo con el niño consiste en la aplicación de una serie de instrumentos.

MÉTODO

- Participantes: se trabajó con niños de 4 a 6 años, provenientes del Estado de México. Se atendió a 4 hombres y 4 mujeres: 4 años (1 niña), 5 años (1 niño y 2 niñas), 6 años (3 niños y 1 niña).
- Los motivos por los que asistieron fueron los siguientes: déficit de atención y problemas de conducta; problemas de aprendizaje, fallas en memoria y atención; problemas de lenguaje; inquietud constante (se sale del salón de clases, en una ocasión de la escuela, impulsividad, problema de concentración); problema de conducta, labilidad emocional a raíz de la muerte de su papá; no sigue instrucciones, problemas de atención, baja autoestima, no se defiende en la escuela aunque la agreden, problemas de adaptación social; miedo recurrente, no puede quedarse sola, le pega al hermano, se expresa con un tono de voz alto, egoísta, suele imitar el mal comportamiento de una prima, floja en la escuela, casi no realiza sus actividades; desobediencia, no sigue instrucciones, desafía a la autoridad, insulta a la profesora, agrede a la mamá, a los compañeros y no termina actividades escolares.
- Instrumentos: historia clínica, cuestionario para padres, cuestionario de signos neurológicos blandos, tomados de la Escala Neuropsicológica Infantil (ENI), (Matute *et al.*, 2006). Ficha de identificación, Escala de Inteligencia para los niveles preescolar y primaria de Wechsler (1981), (WPPSI) y Programa de Desarrollo para Infantes y Niños Pequeños de Sally Rogers y Diane B. D'Eugenio (1981). Esta última herramienta fue traducida en México por

el personal del Centro de Investigaciones Cerebrales en 1986, fue adaptado a muestras mexicanas y se ha utilizado en otras investigaciones, obteniendo resultados óptimos; entre ellas se encuentra a Otero (1992); Millán, Otero, Aguirre y Porcayo (1996) (Porcayo, 2003).

- Procedimiento: A todos los niños se les realizó una preconsulta, en la cual se aplican cuestionarios socioeconómicos a los padres para determinar la cantidad que pagarán por sesión. Posteriormente, inicia el proceso de evaluación y los instrumentos utilizados corresponden a la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI), elaborada por Matute *et al.* (2006). El trabajo empieza con los padres —regularmente es la madre quien asiste para recolectar toda la información—, a través de la aplicación de una historia clínica y un cuestionario para padres. De esta forma se compilan todos los datos de importancia del niño, desde el embarazo hasta el momento de la evaluación.

Las sesiones se realizan en 50 minutos una vez a la semana. Después de completar todos los datos solicitados a la madre, se cita al niño e inicia el proceso de evaluación que puede durar entre 4 y 5 sesiones, dependiendo de la constancia del niño y su disposición para trabajar. Al terminar dicho proceso se le entrega a la mamá por escrito un reporte de resultados donde se explica cómo estuvo su ejecución y con base en ello se determina si continúa un proceso de estimulación o se le da de alta, esto se decide cuando no se detectan otros problemas y se proporcionan actividades de estimulación para que los padres trabajen en casa. Se incluyen recomendaciones y sugerencias sobre aspectos que tengan que ver con la dinámica de la familia en dado caso de que éste sea el problema principal, y cuando sea ésta la causante del problema y esté afectando directamente en su desarrollo se sugiere a los padres asistan a terapia de pareja o de familia.

RESULTADOS

Se aplica a la madre un cuestionario sobre problemas de conducta en su hijo. Las mamás reportaron, mediante este interrogatorio, que los principales problemas con sus hijos son los berrinches, desobediencia, los tienen que forzar para realizar tareas y problemas de atención. Estos datos se observan en la Tabla 1 que se presenta a continuación:

Tabla 1
Problemas de conducta reportados por la madre

<i>Problemas de conducta</i>	<i>Niñas</i>	<i>Niños</i>	<i>Total</i>
Chuparse el dedo		3	3
Onicofagia	1	2	3
Berrinches	2	3	5
Agresividad	2	1	3
Enuresis	1		1
Sonámbulo	1		1
Habla dormido	3	2	5
Bruxismo	1		1
Tiene pesadillas con frecuencia		2	2
Inquieto	1	3	4
Mentiroso		1	1
Hurta objetos	1	1	2
Timidez	1	2	3
Desobediencia	2	4	6
Hay que forzarlo para completar una tarea	3	3	6
Irritable	2	2	4
Problemas de atención	4	4	8
Impulsivo		3	3
Se muerde los labios			0

Fuente: Adaptado de Ficha de Identificación.

Una vez concluido el trabajo con la mamá, se aplica un cuestionario de signos neurológicos blandos, esta fase del procedimiento se aplica directamente con el niño, lo cual da la oportunidad de conocerlo, interactuar con él, saber si sigue instrucciones y descartar alguna deficiencia neurológica. La dominancia manual de todos los niños es diestra. Se observó que para los niños la mayor dificultad fue en articulación, (problema para pronunciar algunas letras siendo la “r” y “l” las principales), en seguimiento visual, el niño es incapaz de seguir con su mirada un lápiz, colocado a 30 cm de la punta de su nariz y seguirlo de manera vertical y horizontal, discriminación derecha-izquierda y movimientos de oposición digital (esta tarea se trata de que el niño con el pulgar toque cada uno de sus dedos).

Para las niñas se vio que el problema con mayor frecuencia fue el seguimiento visual y movimientos de oposición digital.

Los puntos que se evalúan se describen a continuación (Tabla 2).

Tabla 2
Resultados de signos neurológicos blandos

Signos neurológicos	Niños			Niñas		
	C.	I.	C.D.	C.	I.	C.D.
Marcha:						
Camina sobre una línea	4			4		
Camina en puntillas	2	1	1	3	1	
Salta con el pie derecho	2	1	1	3		1
Salta con el pie izquierdo	2	2		3		1
Agarra correctamente el lápiz	4			4		
Articulación	1		3	3		1
Agudeza visual	4			3	1	
Agudeza auditiva	2	2		3	1	
Discriminación derecha-izquierda	2		2	1	2	1
Seguimiento visual	1		3	1	1	2
Extinción táctil	2	2		4		
Campos visuales	3	1		3	1	
Movimientos alternantes	1	2	1	2	1	1
Movimientos de oposición digital	1	1	2	1	1	2

Fuente: Adaptado de Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI). Libreta de puntajes neurológicos blandos.
C= Correcto; I= Incorrecto; C.D.= Con dificultad

Se realizó la evaluación correspondiente a los niños que requirieron el servicio y se aplicó la escala de inteligencia para los niveles preescolar y primaria de Wechsler (WPPSI).

En el desarrollo de la inteligencia se distinguen dos aspectos fundamentales: por un lado, el aspecto psicosocial se compone de lo que recibe desde fuera, se aprende por transmisión familiar, escolar; y, por otro lado, el desarrollo psicológico es el proceso de inteligencia propiamente dicha, y constituye lo que aprende o piensa; aquello que no se le ha enseñado pero que debe descubrir por sí solo y que en ocasiones lleva tiempo.

Todo individuo nace con la capacidad latente para el desarrollo intelectual, que se denomina “dotación natural”, la cual se perfecciona a través de un proceso de maduración, cuyos límites se encuentran fijados por la cantidad de dotación natural, pero también con el tiempo aprende de la escuela, de su ambiente inmediato y de la cantidad de estimulación que se le vaya proporcionando.

Al aplicar estos instrumentos se observa la capacidad que tiene el niño y se permite dar un diagnóstico, conociendo las áreas donde existe o no dificultad y de esta forma se conoce en qué aspectos tiene que ser más estimulado.

Esta prueba está constituida por dos escalas: verbal y de ejecución. La escala verbal evalúa la capacidad lingüística y está constituida por las siguientes subescalas: información, vocabulario, semejanzas, aritmética y comprensión.

Por otro lado, la escala de ejecución evalúa la organización ojo-mano. Está constituida por las siguientes subescalas: casa de los animales, figuras incompletas, laberintos, diseños geométricos y diseños con prismas.

En las niñas se observó por debajo del promedio las subescalas de figuras incompletas y laberintos. En la escala verbal la frecuencia más alta es en información, vocabulario, aritmética, semejanzas, comprensión y diseños geométricos de la escala de ejecución.

En los niños solo uno sobresale en información, vocabulario y aritmética y con respecto a la escala de ejecución, la frecuencia más alta en los niños se encuentra en figuras incompletas. Se observan más subescalas bajas en información, vocabulario de la escala verbal y en ejecución: casa de animales, laberintos y diseño con prismas (Tabla 3).

Se observa en las niñas resultados por arriba del promedio en la escala verbal. En los hombres, las frecuencias obtenidas se distribuyen entre el promedio, por arriba y por debajo, no sobresalen tanto como las niñas.

Tabla 3
Resultados obtenidos de la evaluación de inteligencia

	<i>Niñas</i>			<i>Niños</i>		
	<i>Escala de ejecución</i>					
	<i>Promedio</i>	<i>Arriba del promedio</i>	<i>Abajo del promedio</i>	<i>Promedio</i>	<i>Arriba del promedio</i>	<i>Abajo del promedio</i>
Información		4		1		2
Vocabulario		4		1		2
Aritmética		4		1	1	1
Semejanzas		3	1		2	1
Comprensión		3	1		2	1
		<i>Escala de ejecución</i>				
Casa de animales	1	2	1	1		2
Fig. incompletas		2	2	2		1
Laberintos	1	1	2	1		2
Dis. Geométricos	2	1	1	1	1	1
Dis. con prismas	1	2	1	1		2

Fuente: Adaptado de Wechsler (1981). Escala de Inteligencia para el Nivel Escolar WPPSI, Ed. Manual Moderno.

Figura 1
Representación de puntajes normalizados de la Escala de Inteligencia para Nivel Preescolar y Primaria (WPPSI), obtenido en la Escala Verbal en los hombres.

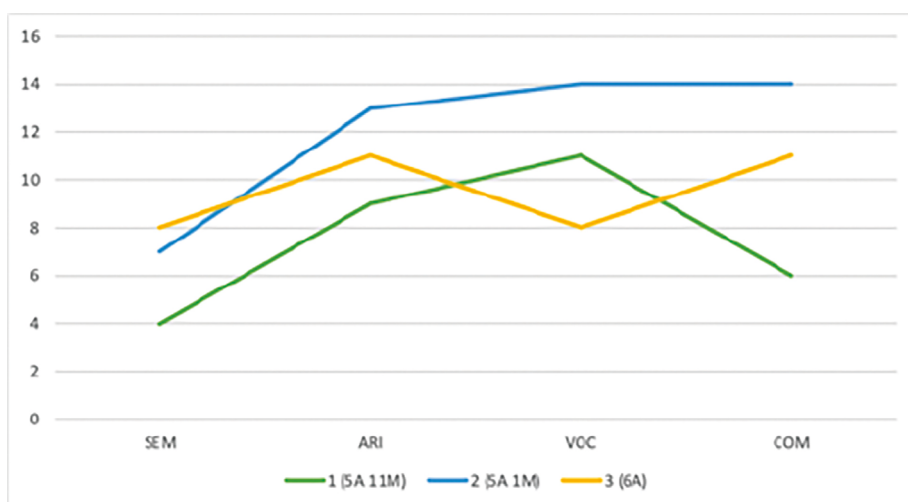


Figura 2
Representación de puntajes normalizados de la Escala de Inteligencia para Nivel Preescolar y Primaria (WPPSI), de la Escala de Ejecución en los hombres.

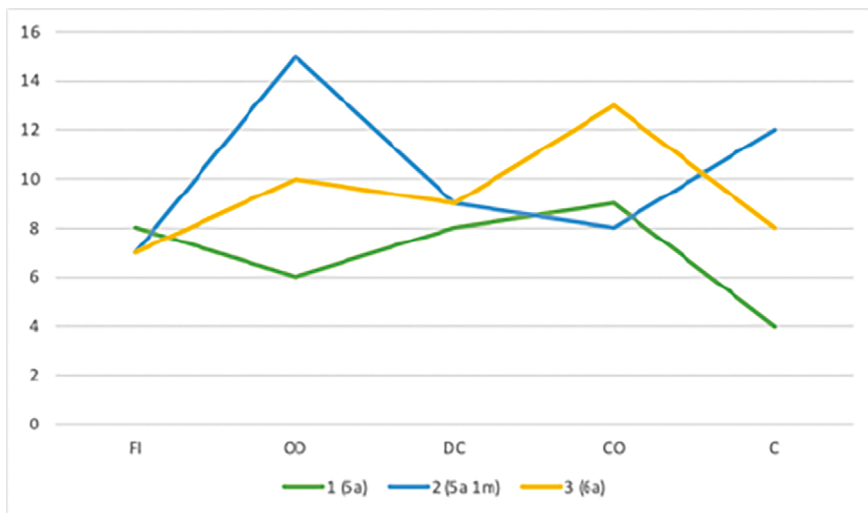


Figura 3
Representación de puntajes normalizados de la Escala de Inteligencia para Nivel Preescolar y Primaria (WPPSI), obtenido en la Escala Verbal en las mujeres.

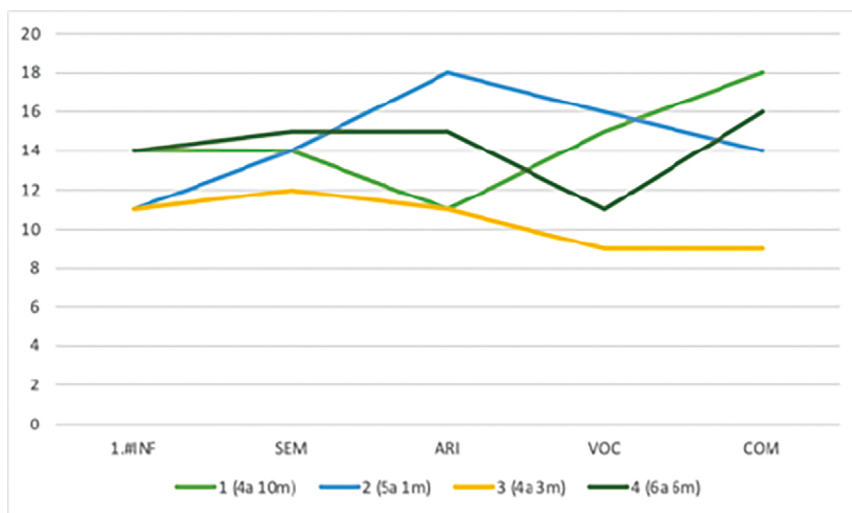
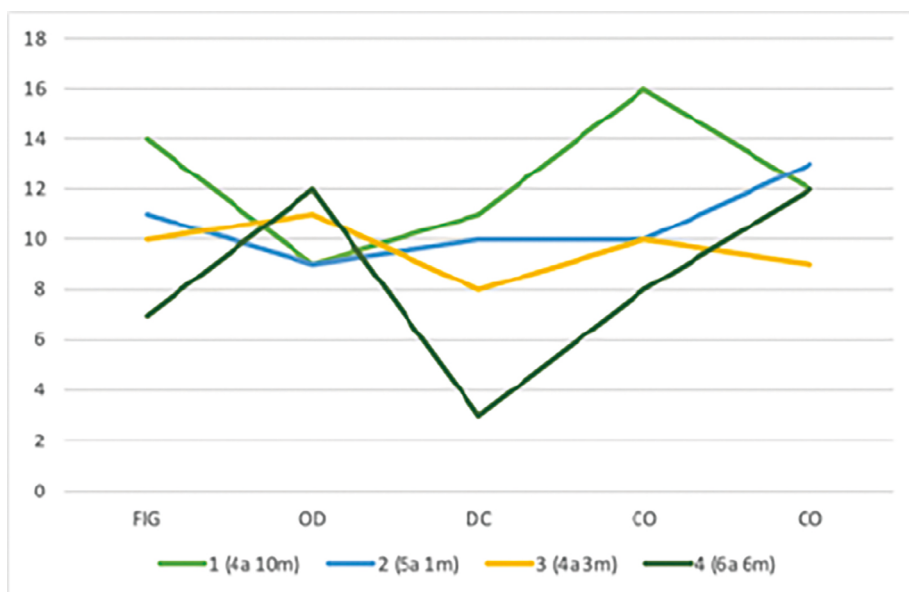


Figura 4
 Representación de puntajes normalizados de la Escala de Inteligencia para Nivel Preescolar y Primaria (WPPSI), obtenido en la Escala de Ejecución en las mujeres.



Cabe señalar que a un niño no se le pudo aplicar la escala debido a su limitado lenguaje y dificultad para seguir instrucciones, por lo que se le tuvo que canalizar para realizar un estudio electroencefalográfico arrojando un diagnóstico de epilepsia. Después de la valoración se invitó a la madre a continuar en el programa de estimulación para reforzar habilidades.

Programa de Desarrollo para Infantes y Niños Pequeños de (Rogers, D' Eugenio, 1981).

El objetivo de esta prueba es proveer información referente al desarrollo del niño para establecer los objetivos educativos apropiados e individualizados en las áreas: perceptual-motor fino, cognición: clasificación, espacio, seriación, número, tiempo, lenguaje, social-emocional, autocuidado y motor grueso. Nos permite identificar, de manera rápida, qué áreas se encuentran de acuerdo con su edad cronológica, identificando tanto las fuertes como las débiles.

Las áreas que se observaron débiles para los niños fueron las siguientes: número, motor grueso, perceptual/motor fino, clasificación, seriación, tiempo, lenguaje. Para

las niñas: seriación, espacio, tiempo, social emocional, motor grueso. Para los sujetos participantes las áreas con dificultad fueron en seriación, tiempo (Tabla 4).

Tabla 4
Resultados obtenidos de la prueba de desarrollo

<i>Áreas de desarrollo</i>	<i>Áreas de acuerdo con su edad</i>		<i>Áreas débiles</i>		<i>Áreas fuertes</i>	
	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>	<i>Niños</i>	<i>Niñas</i>
Perceptual/motor fino	1	2	2	1	1	1
Clasificación		2	2	1	2	1
Número	1	2	3	1		1
Espacio	1	1	1	2	2	1
Seriación	1		2	4	1	
Tiempo		1	2	2	2	1
Lenguaje	1	2	2	1	1	1
Social-emocional	2	1		2	2	1
Autocuidado	2	1	1	1	1	2
Motor grueso	1	1	3	2		1

Fuente: Adaptado de Rogers, S., D' Eugenio. (1981). Programa de Desarrollo para Infantes y Niños Pequeños. Universidad de Michigan, Vol. 4.

En la Figura 5 se puede ver el desarrollo de los hombres de 6 años de edad, marcadas con el color rojo las áreas observadas como débiles: clasificación, número y seriación, que se encuentran por debajo de su edad cronológica.

Para el niño, marcado con color azul, se observa un franco retraso en su desarrollo porque todas las áreas evaluadas se encuentran por debajo de su edad cronológica. Cabe hacer mención que después de haber concluido el trabajo, se le canalizó para tomar un electroencefalograma, previamente comentado, y continuó con su tratamiento médico y se incluyó al programa de estimulación, en el mismo centro, en sesiones de 50 minutos una vez a la semana.

Con respecto a los niños de 5 años, las áreas evaluadas se encuentran de acuerdo con su edad cronológica y en algunas de ellas como áreas fuertes, con excepción del niño de 5 años 1 mes que el área reportada como débil se observa en motor grueso, representada con color morado, y lo que no supo es saltar una altura de 5 cm (ver Figura 5 donde se muestra el perfil de desarrollo de los hombres).

Figura 5
Representación del nivel de desarrollo en los hombres a través del Programa de Desarrollo de Reyes y D' Eugenio (1981)

Nivel de Desarrollo en años	PER	CLA	NUM	ESP	SER	TIE	LEN	SOC	AUT	MOT
5 $\frac{1}{2}$ - 6	35	44		62		79	110	140	157	213
	32	43		61		78	105	139	156	204
5 - 5 $\frac{1}{2}$	31	42	53		68	77	105	138		203
	27	41	52	60	67	76	103	135		193
4 $\frac{1}{2}$ - 5	26		51		66	75	102	134	153	192
	24		50		66	74	98	129	148	187
4 - 4 $\frac{1}{2}$	21		49	59			97	128		186
	11		48	58			92	120		172
3 $\frac{1}{2}$ - 4	10	40	47	57	65	73	91	119	147	171
		39				72				
	8	38				71				
			46	56	64		87	116		166
3 - 3 $\frac{1}{2}$	7	37		55			86	115		165
	1	36	45	54	63	69	80	111	141	158

- 6 años 6 meses
- 6 años 1 mes
- 5 años 11 meses
- 5 años 1 mes

Para las niñas de 4 años, en las áreas que fueron evaluadas, todas se encuentran dentro de su rango de edad excepto para una de ellas. Esta pequeña de 4 años 4 meses mostró débil el área de tiempo. Las áreas débiles que fueron observadas en la niña de 6 años fueron clasificación y seriación. Los resultados los podemos ver en la Figura 6.

Figura 6
Representación del nivel de desarrollo en mujeres de 6 años a través del Programa de Desarrollo de Rogers y D'Eugenio (1981)

Nivel de desarrollo en años	PER	CLA	NUM	ESP	SER	TIE	LEN	SOC	AUT	MOT
5 $\frac{1}{2}$ - 6	35 32	44 43		62 61		79 78	110 105	140 139	157 154	213 204
5 - 5 $\frac{1}{2}$	31 27	42 41	55		68	77 76	105 103	138 135		203 193
4 $\frac{1}{2}$ - 5	26 22		52 51 50	60	67 66	75 74	102 98	134 129	153 148	192 187
4 - 4 $\frac{1}{2}$	21 12 11		49 48	59 58			97 95 92	128 124 120		186 177 172
3 $\frac{1}{2}$ - 4	10 8	40 39 38	47	57	65	73 72 71 70	91	119		171
3 - 3 $\frac{1}{2}$	7 1	37 36	46 45	56 54	64 63	69	87 86 80	116 115	141	166 165

- 4 años 4 meses
- 4 años 10 meses
- 5 años 2 meses
- 6 años 6 meses

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los motivos de atención para los participantes estudiados fueron los problemas de desobediencia, atención y que no siguen instrucciones. En la práctica de este servicio, las madres reportaron que el niño no hace caso, no quiere hacer sus tareas, tienen problemas de atención y en algunos otros, el reporte es por parte de las maestras al comunicarle esto a la madre por no hacer caso o no seguir instrucciones en las actividades escolares.

Las dificultades principales son los berrinches, la desobediencia, el forzar al niño a que termine sus tareas y problemas de atención. Al iniciar el proceso de valoración, durante o al final se ha tenido que dar orientación a los padres sobre las reglas, límites y normas que se deben establecer en casa, claro está que algunos de ellos realmente se preocupan por cambiar esto, lo cual debe ser de manera constante y continua (Arredondo, 2010). Sin embargo, a través del proceso de evaluación se observa que dentro del hogar existen otros problemas ajenos al niño, lo que hace que se esté desarrollando en un ambiente poco favorable, ocasionando retrasos en su desarrollo, así que a algunos padres de familia se les sugiere o canaliza a tomar terapia de pareja o de familia.

No existen datos significativos de daños neurológicos con excepción del caso que ya fue comentado, tiene su control neurológico y médico y continúa en el programa de estimulación temprana. Con respecto al seguimiento visual, por la edad de los niños pudiera pensarse en datos de inmadurez cerebral, lo que puede también observarse en la discriminación derecha-izquierda, sin embargo, ello puede eliminarse a través de la estimulación, pues se sabe que esta práctica continua y constante ayuda a madurar el cerebro (Damián, 2003). De los casos que se reportaron con problemas en articulación se hizo la recomendación a los papás de ayudar a sus hijos para fortalecer el lenguaje en casa porque es una de las áreas que se aprenden de inmediato en el hogar: el niño las adquiere por imitación, por tanto, a través de la comunicación e interacción de los padres con el niño esto puede corregirse y qué mejor que sean ellos quienes fortalezcan su lenguaje.

Al aplicar la prueba de Inteligencia de Wechsler también se observa que las niñas se encuentran dentro del promedio en la escala verbal, algo que no se ve en los niños, por tanto, se recomienda a los padres de familia lean más con ellos y sobre todo en voz alta, llevando a cabo una retroalimentación de lo que se leyó, esto es que ambos interactúen comentando qué les gustó y qué no.

Por la edad que tienen, el trabajo debe ser continuo y consistente basado en las actividades y conocimientos que están adquiriendo; hacerlo más significativo, tener muchas actividades de juego al aire libre, recreativas (ir al parque, jugar con la pelota, saltar, dejarlos subir a los juegos), culturales, que los lleven a visitar museos, al cine, y sobre todo en casa, practicar la lectura. También pueden optar por enseñarles juegos de mesa: armar rompecabezas, buscar palabras, lotería; trabajar en actividades para dibujar, recortar, copiar, calcar; y en algunos hogares eliminar o moderar el uso del celular. Los juegos de mesa ayudan de manera importante para desarrollar habilidades.

Se tiene que practicar con las niñas que participaron en el estudio, quienes en las diferentes subescalas de ejecución presentan un rezago importante, en consecuencia, deben ser involucradas, en mayor medida, en todas las áreas relacionadas con la práctica mano-ojo. A los niños, por otro lado, debe fortalecerse la lectura, claro, sin descuidar las actividades en la organización de mano-ojo.

Los preescolares desarrollan muchas habilidades cognitivas antes de que se conviertan en pensadores operacionales: entienden el mundo físico y examinan las estructuras cognoscitivas, y éstos son prerrequisitos para el aprendizaje escolar. La habilidad para clasificar evalúa la capacidad para agrupar objetos dentro de clases y subclases basadas en sus respectivas características. La habilidad de Número evalúa la comprensión del niño sobre la cantidad y características de los objetos. Los niños conocen el nombre de los números, pero eso no demuestra que conozcan el significado. Pueden recitar el orden correcto, pero no se lo asignan correctamente a un conjunto de artículos (Mirafuentes, 2015).

La habilidad de Espacio evalúa el entendimiento del niño en cuanto a las relaciones de posición entre objetos, seriación; valora la habilidad para comparar y ordenar objetos de acuerdo con las diferentes propiedades de éstos. La ordenación tiene su base en la comparación (relación de unos objetos con otros). Los niños pequeños pueden comparar el tamaño de dos objetos a la vez, pero si se les aumenta el número de objetos ya no coordinan las relaciones. Gradualmente desarrollan el sentido de orden (Mirafuentes, 2015).

En la habilidad Tiempo es evaluada la comprensión del niño de relaciones temporales como edad, velocidad, relatividad de los objetos y utilización del tiempo para ordenar eventos.

El área social emocional califica la habilidad del niño para tomar responsabilidades a sus intereses y a interactuar con compañeros y adultos significativos (Mirafuentes,

2015). En esta parte siempre se explica a los padres que conforme el niño crezca lo dejen ser responsable para que logre ser independiente y seguro de sí mismo, no tratar de sobreprotegerlo e irle dando la oportunidad para que vaya resolviendo los problemas por su cuenta.

El área de motor grueso evalúa todos los aspectos de la conducta motora como el balance, coordinación en los movimientos para rodar, caminar, saltar, correr (Mirafuentes, 2015).

Hace falta que los padres de familia se involucren más en la crianza, educación y juego con sus hijos porque esta tarea se está transfiriendo a los abuelos y a las guarderías donde pasan la mayor parte de su tiempo, y lo que se requiere en estas edades es que los papás participen con ellos.

Actualmente se cuenta con instrumentos que nos permiten evaluar el desarrollo de los niños y lo mejor es hacerlo a temprana edad, por ello es importante que los psicólogos conozcan dichas herramientas, tengan una participación más activa en la aplicación de valoraciones en escuelas, y poder detectar todas estas dificultades a tiempo con la finalidad de proporcionar todas las herramientas necesarias antes de que el niño inicie la enseñanza escolarizada.

Se agradece a los alumnos que estuvieron participando en este proceso de valoración como parte de la Unidad de Aprendizaje Estancia Integrativa Básica:

Allende Hernández Perla, Almazán Robles César Alejandro, Anastacio Antonio Roselia, Centeno Guadarrama Katia Arely, García Fuentes Cintia Itzel, Garnica García Juana Gabriela, González López Ximena, Huerta Ballina Daniela, Martínez Reyes Ivonne, Porcayo Linares Karen Sthefania, Pulido Camacho Alexis, Rosales Valladares Jessica de Jesús, Ruíz Gómez Guadalupe, Salgado Martínez Estefani Michell, Valencia Sánchez Roberto Carlos, Escamilla Díaz Jesús Manuel.

REFERENCIAS

- Aguirre Pérez, Dalia María *et al.* (1996). "Evaluación del cociente de inteligencia en niños de condiciones socioculturales desfavorables", *CIENCIA ergo-sum*, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 331-334, (1995) noviembre 1995-febrero 1996, ISSN 2395-8782 Disponible en: <<https://cienciaergosum.uaemex.mx/article/view/7339>>
- Arredondo, J.P. (2010). *Límites y berrinches*. México, Ediciones B.

- Atkin, C. L., Supervielle, T., Cantón, P., Sawyer, R. (1987). *“Paso a Paso” Cómo evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños*. UNICEF.
- Berryman, C. J. (1994). *Psicología del desarrollo*. México, Manual Moderno.
- Bolaños, M.C.H. (1997). *Perfil de conductas de desarrollo. Un instrumento para la detección temprana de alteraciones y retrasos en el desarrollo*. Tesis de Maestría, México, Universidad Iberoamericana.
- Damián, D.M. (2003). *Niños con Síndrome de Down. Instrumento de detección y tratamiento de problemas del desarrollo psicológico*. México, Trillas.
- Esquivel A. F., Heredia A.M.C., Gómez-Maqueo L.E., (2017). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México, Manual Moderno.
- Laredo, J. y Saldaña, J. (2005). *Tutoría académica en el nivel medio superior*, Colección Temas de Educación, Universidad Autónoma del Estado de México. Manual de tutoría académica UAEMéx.
- Matute, E.; Rosselli, M.; Ardila, A.; Ostrosky, F. (2006). *Evaluación neuropsicológica infantil (ENI)*. México, Manual Moderno.
- Mirafuentes F., A. (2015). Evaluación del desarrollo de habilidades en niños de 5 años de edad a través del Programa de desarrollo para infantes y niños pequeños de Rogers y D'Eugenio, Tesis. México, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Porcayo, M. R. (2003). *El riesgo psicosocial como factor determinante en las habilidades preescolares*. Tesis de Maestría, México, Universidad Iberoamericana.
- Rogers, S., D' Eugenio (1981). *Programa de Desarrollo para Infantes y Niños Pequeños*. Universidad de Michigan, Vol. 4.
- Wechsler, D. (1981). *Escala de Inteligencia para el Nivel Preescolar y Primario WPPSI*. Ciudad de México, Manual Moderno.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS PROCESOS DE PREVENCIÓN: UNA EXPERIENCIA DEL CESPI ITINERANTE

Alejandro Lara-Figueroa

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Se pretende dar un panorama general sobre una experiencia que implica la estrecha relación entre Universidad y sociedad, y a la cual se ha denominado psicossocio-académica, pues surge de dos necesidades básicas en conjunto, una de ellas se plantea como la necesidad de atención de los problemas psicossociales ya conocidos y otros de nueva generación –a partir de las también nuevas formas de interacción humana–, y la otra, de la necesidad de generar profesionales de calidad que atiendan lo anterior. Para ello se establece un panorama general de las problemáticas que dan origen al proyecto, posteriormente se habla de los sustentos teóricos que enmarcan al mismo, así como de la intervención que conforman al CESPI itinerante, para finalmente explicar, de manera general, el procedimiento de acción y describir, en términos breves, lo que se ha realizado desde su implementación.

ABSTRACT

This paper aims to give a general overview of an experience that involves the close relationship between University and society, and which has been called psychosocio-academic, as it arises from two basic needs together, one of them is raised as the need for attention to the already known psychosocial problems and others of new generation to starting from the new forms of human interaction, and the other, from the need to generate quality professionals that attend to the above. For this purpose, the general panorama of the problems that give rise to the project is established, later the theoretical support that frames it is discussed, as well as the intervention that make up the Itinerant CESPI, to finally explain in general the procedure of action and describe in brief terms what has been done since its implementation.

INTRODUCCIÓN

La vida actual se caracteriza por la gran diversidad de problemáticas de corte psicosocial, mismas que aparentemente pueden poseer el mismo origen. Pensar en lo anterior nos puede ubicar en la falta de procesos preventivos, mismos que deberían partir básicamente desde dos instituciones: la familia y la escuela.

Ante la gran cantidad de información que circula por diversos medios, la infancia y la juventud suelen perderse, lo que conlleva la dificultad de identificar cuál de toda esa información propone mejores formas de vida o de solucionar problemas cotidianos y no tanto, lo que supone que es necesaria la intervención de agentes que puedan ofrecer posibilidades de orientación o habilidades para discernir sobre lo que puede ser una toma de decisión basada en la efectividad y no en la facilidad.

En un mundo en el que la preponderancia de los valores y la identificación de prioridades se van diluyendo por el embate mediático de un sistema mercantilista, que no hace distinción de edades, de sexo, de situación económica o nivel educativo, ofreciendo por igual las supuestas oportunidades de alcanzar un mejor estilo de vida, que lejos de ser solo materiales, se ha insertado en los aspectos afectivos y morales de las personas, donde ya no solo es importante poseer cuestiones materiales, sino también ahora la nueva moneda es la aprobación afectiva desde el espacio de lo virtual, donde no importa de quién venga, sino cuántos sean.

A sabiendas de que muchas problemáticas no son nuevas, no dejan de ser factores de impacto en conjunto con el surgimiento de nuevos precipitantes psicosociales, que ha dado como resultado nuevas formas de relacionarse o socializar, estas nuevas formas, a su vez, han traído consigo un incremento de comportamientos que bajo la normalidad podrían ser considerados desviados. Producto de la modificación de las estructuras económicas, políticas y sociales, la sociedad en conjunto aparentemente ha decidido, en gran medida, optar por los procesos colectivos e individuales de autodestrucción y destrucción. Quizá carentes de respuestas ante los nuevos y no tan nuevos, pero sí exigentes retos, los constituyentes de la sociedad han sucumbido ante los distintos escenarios que parecen ser producto de una sufrible política y de procesos económicos que han impactado de forma atroz a la sociedad en general.

Problemas como el incremento de uso y abuso de sustancias adictivas, intentos suicidas, comportamiento antisocial y delictivo, *bullying*, *cutting* y demás, parecen ser el resultado de una pérdida de sentido de la existencia y de insatisfacción de la mejora

de la calidad de vida, sumando la insistencia de un modelo social mercantilista que exige el consumo de productos físicos y subjetivos que en muchos casos carecen de regulación, pero que generan trastornos de dependencia muy marcados.

Al menos en gran parte de México dichos problemas parecen tener un incremento considerable, basta ver las cifras, por ejemplo, para inicio de este año, la OCDE identifica a México como el primer lugar internacional de casos de *bullying* escolar a nivel básico, reportando que cerca de 18 millones 800 mil alumnos de este nivel han sido víctima de ello, no existiendo diferencia entre escuelas públicas o privadas, este dato constituye a casi 7 de cada 10 niños.

Para el caso de *cutting*, sin tener una fuente única, se advierte que al menos 10 % de la población adolescente escolar ha practicado o practica dicha conducta.

Por otro lado, el Congreso de la Ciudad de México refiere que según datos del INEGI, correspondientes al periodo de 2010 a 2017, se registraron 48 mil suicidios, y que en estos años recientes el índice parece incrementarse.

En cuanto al consumo de sustancias, la ENA (2019) muestra datos alarmantes, se reporta la marihuana como la de mayor uso y en 2016 cerca de 7 millones de personas habían hecho uso de ella, principalmente de manera experimental, a ello se suman la gran diversidad de otras sustancias legales o ilegales, visualizando principalmente el consumo de alcohol y el tabaco, quizá lo altamente preocupante es que el consumo es más variado y se comienza a edades más tempranas.

Ejemplos como los anteriores permiten ver la necesidad de implementar nuevas estrategias de acción pues parecen rebasar la capacidad de respuesta de atención, ya que las instituciones responsables de cubrir esta demanda están resultando insuficientes.

Quizá una de las principales problemáticas que da origen a este tipo de comportamientos, se puede ubicar en la falta de establecimiento de límites comportamentales que implantaban desde edades tempranas, mismos que independientemente de ser procedimientos que dañen la integridad de los infantes, resultaban ser eficaces estrategias correctivas que permitían a los padres mantener a los hijos dentro del círculo de valores que permitían mejores formas de convivencia, y que a la vez formaban parte de un conjunto de factores de protección ante las distintas situaciones contextuales que viven los infantes y los adolescentes.

Sin decir que es correcto y estar a favor de que se dé una nalgada correctiva o se hable con palabras altisonantes para poder educar a un hijo, lo cierto es que las nuevas formas propuestas de educación formal o informal no parecen tener resultados

aceptables, pues aunque se apueste al diálogo asertivo como principal medida, lo cierto es que los padres no han sido preparados ni enseñados para la implementación de este tipo de educación, mostrando ser rebasados por la cantidad de información que se maneja en la actualidad, y a la cual los niños y adolescentes tienen mayores herramientas y habilidades de acceso que la que un padre puede poseer, de tal manera, estos últimos no saben cómo acercarse a sus hijos para establecer un diálogo franco y convincente, quizá por el temor de quedar evidenciado su desconocimiento de los cambiantes escenarios de interacción de sus hijos.

Aunado a lo anterior, el fortalecimiento de los derechos humanos pone en jaque a los progenitores, pues se han vuelto recurrentes las amenazas de demanda por maltrato infantil, juvenil o desatención, propiciadas por la inconformidad de los hijos prácticamente ante cualquier cosa.

Un punto más que se puede sumar, aunque ya se mencionó un poco, son los problemas económicos que sufren las familias en su mayoría, pues la actualidad ha obligado a que ambos padres se conviertan en proveedores, dejando a la deriva la educación de los hijos, apostando a que sea la escuela la responsable de fomentar los valores y corregir los comportamientos desviados de sus hijos, y a los que las escuelas responden que esa no es su labor.

Es así como, bajo esta visión, parece ser que las nuevas generaciones carecen de modelos a seguir, a no ser los que la televisión o el internet les proveen, y que como uno se puede dar cuenta quizá la gran mayoría de ellos no sean los mejores ejemplos.

Es así que ante la ausencia de los padres, sea por no estar físicamente, por no tener tiempo para sus hijos, por el temor de no saber cómo hablar con ellos o por aislamiento debido a la posible generación de violencia que se vive en el seno familiar, las generaciones actuales parecen tener que afrontar la vida cotidiana sin una orientación que les permita salir avantes con las mejores decisiones posibles.

Resulta de gran importancia emprender acciones que permitan a los jóvenes o personas que lo requieran, adquirir o fortalecer habilidades psicosociales que aporten a la toma de decisiones que deben realizar en momentos y espacios que los coloquen en situación de vulnerabilidad y principalmente de riesgo, y en caso de estar inmersos ofrecer el apoyo o atención necesaria en aras de una mejora en su calidad de vida.

SALUD MENTAL

Según la OMS, hablar de salud mental implica referirse al estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (Rondón, 2006), sin embargo, dicha definición como tal no parece tener precisión, principalmente al referirse a bienestar, por lo que parece necesario una especificación más clara del concepto.

Lo que sí resulta claro es que las situaciones que cotidianamente se enfrentan, en muchos casos pueden ejercer efectos adversos, mismos que vulneran la salud física y psicoemocional de las personas, también es claro que ello puede ser el resultado de las formas en cómo se interacciona con los eventos, escenarios o personas y que en muchos casos las respuestas o la manera de afrontar las situaciones no resultan de la mejor manera o al menos no como se esperaba, lo cual coloca a los individuos en un posible estado de desequilibrio psicoemocional.

Ante lo anterior, se puede suponer que la salud mental incorpora los procesos cognitivos, afectivos, sensitivos, perceptivos y sociales, que permiten mantener o no un adecuado equilibrio en estas distintas áreas, dando cabida a un proceso biopsicosocioemocional que las incorpora simultáneamente, permitiendo la emisión de respuestas favorables o desfavorables ante los sucesos cotidianos. En consideración, todas las áreas deberían funcionar de la mejor manera, de lo contrario el proceso se vería dañado provocando una inestabilidad y por ende una reacción adversa que puede presentarse de inicio en cualquiera de las áreas pudiendo llegar a afectar todas y cada una de ellas, en sí a todo el proceso.

Bajo una hipótesis aún no comprobada, se puede decir que la mayoría de las respuestas, emitidas ante la exigencia de ellas, tienen su origen en los procesos de interacción el cual se ve orientado por las experiencias aprendidas, si lo anterior fuese correcto ello supondría que estas respuestas podrían ser modificadas a partir de un proceso de reaprendizaje, lo que facilitaría hasta cierto punto la elaboración de programas que coadyuven en este proceso.

PROGRAMA ITINERANTE DE SALUD MENTAL. UNA EXPERIENCIA

La salud mental es una manifestación susceptible de ser atendida en aras de mantener el equilibrio de las áreas antes mencionadas, por tanto, es menester implementar programas especializados en atender esta necesidad.

A sabiendas de esta demanda es como el CESPI itinerante se incorpora a la fila de otros programas que entienden esta circunstancia, en este caso el programa está orientado a los procesos de prevención primaria y secundaria.

El CESPI itinerante es un programa diseñado para llevar a cabo intervenciones que buscan cubrir varias necesidades, y el mismo supone un vínculo que se establece con una de las relaciones que parece fundamental para tratar de atacar dichas problemáticas, universidad–sociedad, en este caso particular partiendo desde la Universidad Autónoma del Estado de México, a través de la Facultad de Ciencias de la Conducta. Su origen es principalmente psicosocio-académico, ello implica cubrir dos necesidades básicas, la primera es la atención psicosocial la cual responde a la gran cantidad de problemáticas sociales, principalmente de orden psicoemocional, que día con día parecen ir tomando fuerza y donde los esfuerzos realizados no han sido suficientes para menguar su efecto.

La segunda de ellas se encuentra relacionada con la formación de profesionistas capacitados para trabajar con los temas recurrentes derivados de la necesidad anterior, por tanto procura dotar de escenarios que vinculen al estudiante o practicante, con las problemáticas emergentes y que en su mayoría se encuentran fuera de espacios controlados y que representan un reto y un espacio de aprendizaje y desarrollo, donde el alumnado tendrá que poner en juego y potenciar los aprendizajes adquiridos en su área de conocimiento.

De igual forma, el programa de intervención deja cabida a la obtención de datos e información que pueda apuntar a la realización de proyectos de investigación, mismos que puedan apoyar a la actualización de solución problemática y a la prevención de la misma.

BASES TEÓRICAS

Cambio de actitud (Fazio)

- *Acción razonada (Fishbein y Ajzen)*
- *Respuesta cognitiva (Greenwald)*
- *Probabilidad de elaboración (Petty y Caciopo)*

Partiendo de la idea de que las actitudes (Fazio, 1989) son un elemento clave para la conformación de las respuestas que se emiten ante los elementos con los cuales interactuamos, sean estos objetos, sujetos, eventos, contextos o escenarios, la forma en cómo las construimos permite entender el cómo los afrontamos o enfrentamos, derivando ello en las posibles tomas de decisión.

Cabe recordar que las actitudes no pueden ser vistas como un mero comportamiento, como equívocamente se han considerado, pues ellas deben ser entendidas como un proceso en donde participan tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual.

Para tal caso, es preciso visualizar las actitudes como un proceso en el cual se realizan principalmente dos acciones, una asociación y una evaluación, las que permitirán establecer un parámetro sobre las posibles respuestas a emitir.

Los marcos de asociación y evaluación se encuentran mediados por los actos experienciales, pues son los que permiten dar a la actitud un carácter de adquirida o aprendida, pero es importante puntualizar que también mediante estos actos ella comienza a fortalecerse o debilitarse, estableciendo que mientras más fortaleza tenga una actitud más difícil será cambiarla.

Con base en lo anterior y bajo los principios comunicativos de que siempre existe un supuesto de intencionalidad, según Greenwald (1969), los individuos analizan la información procedente del objeto actitudinal y la comparan con los conocimientos previos y evalúan, de tal forma que se gesta una respuesta razonada para posteriormente evaluar la pertinencia de ella y si es el caso emitirla.

La construcción de dicha respuesta se encontrará mediada por lo que Petty y Caciopo denominaron rutas centrales o periféricas, lo primero se orientará a elementos más cognitivos mientras lo segundo a procesos más afectivos.

APRENDIZAJE SOCIAL (BANDURA)

Para Bandura (1986), los comportamientos que emitimos siempre están mediados por capacidades provisionales que permiten evaluar las posibles consecuencias, sin embargo, ellas dependerán de las experiencias y expectativas vicarias y simbólicas. Según Bandura (1986), “el aprendizaje humano es capaz de aprender conductas muy diversas sin necesidad de nuevos mecanismos específicos de cada clase de actividad. Todo ello no debe ‘llevar a engaño’ puesto que existen disfunciones que limitan al sujeto y lo ‘confunden’ en su acción, destacan: la asociación por coincidencia (correlación entre coincidentes) y la generalización inapropiada (acontecimientos asociados a conductas aversivas)”.

Lo anterior implica que las asociaciones que realizamos ante los diversos escenarios que enfrentamos, en muchos casos pueden ser diversas, lo que conlleva, de alguna manera, a que el comportamiento que se emite pueda ser producto de la confusión de incorporar varias interpretaciones, correspondientes a eventos similares, lo que dará como resultado varias respuestas posibles o la conjugación de ellas, de tal manera que las conductas presentadas pueden estar cargadas de cierto grado de confusión.

TEORÍA Y PRÁCTICA

Partiendo de los planteamientos teóricos explicados anteriormente, de manera breve, la práctica de los procesos de intervención toman sentido en el momento de dar explicación a los posibles factores que pueden determinar el comportamiento alterado de la población destino. Para el caso de los procesos enmarcados en el aprendizaje social de Bandura, se busca, mediante los procesos diagnósticos, identificar o inferir los mecanismos y la información previa que poseen los beneficiarios, partiendo de la idea de que muchos de los posibles comportamientos y formas de pensar, no parten de un vacío relacional, sino que ellos pueden ser el resultado de los procesos de interacción que se establecen al formar vínculos con los otros independientemente del nivel jerárquico o afectivo, directo o indirecto que se posea con ellos, de igual manera del nivel interactivo que se tenga con el medio o el contexto particular. Lo anterior considerando que en muchos de los casos este último pueda ser similar o posea la mayoría de las características en las que ellos se desenvuelven de manera particular, lo

cual permite establecer patrones generales de comportamiento colectivo, que pueden tratar de trabajarse de la misma manera.

En referencia al proceso actitudinal, se debe considerar que las actitudes son esquemas que se van construyendo de igual manera a través del proceso interactivo, por tanto, al igual que el aprendizaje social, la construcción de los esquemas actitudinales que permiten emitir posibles respuestas cognitivas, afectivas o comportamentales pueden ser referentes de las circunstancias particulares, pero derivadas de marcos colectivos, mismos que se infieren de los contextos generales en que los implicados actúan o se desarrollan. Cabe mencionar que ellos no incorporan un carácter de definitividad, es decir, se encuentran en constante transformación, por tanto, son susceptibles de ser modificados, lo que implicaría que el comportamiento alterado de manera negativa podría ser redireccionado hacia esquemas que favorezcan de mejor manera la interacción con los otros, así como con el contexto, permitiendo estrategias adaptativas mejor evaluadas según sean las condiciones contextuales.

BASES DE LA INTERVENCIÓN

Modelo psicoepidemiológico

Partiendo del modelo médico, éste toma como base sus principios indagatorios para acceder al posible origen de la enfermedad, en este caso realizando la variante hacia el ámbito de la salud mental.

Bajo esta perspectiva, las acciones se orientan hacia los aspectos psicológicos que originan malestares psicoemocionales. Partiendo de un marco psicoepidemiológico, la pretensión es identificar el origen de la afectación a través de un procedimiento analítico y otro descriptivo, los cuales tienen como partida tres elementos clave: el individuo vulnerable, el entorno y el agente.

Enfocándose a tres niveles de prevención, los esfuerzos se ubican en tres mecanismos de acción derivados de los elementos clave; 1. Fortalecer al individuo o a los grupos vulnerables, 2. Modificar el entorno y 3. Destruir o modificar la influencia del agente (Albee 1982, en Gómez 2002).

Modelo de acción social

La distribución y uso del poder son la base, bajo seis principios que dan sentido a la propuesta:

- a) La acción social es una responsabilidad compartida que surge del compromiso común dentro de un contexto de libertad, justicia e igualdad interpersonal.
- b) El origen de los grandes problemas psicosociales yace en la estructura social.
- c) Los conceptos tradicionales acerca del comportamiento humano son excesivamente individualistas e intrapsíquicos.
- d) La asistencia social no puede depender exclusivamente de la filantropía, la buena voluntad y el esfuerzo personal no remunerado.
- e) El entrenamiento comunitario debe tener un efecto multiplicador y debe generar recursos humanos mediante la preparación de personal no profesional y paraprofesional.
- f) Es deseable que la meta última de cualquier intervención comunitaria sea el aumento de la capacidad de la población para autodeterminarse.

Lo anterior supone un trabajo a distintos niveles, lo que implica modificación de comportamientos y de percepción, orientando los esfuerzos a la adquisición del compromiso y responsabilidad social de aquellos que se encuentren implicados en los escenarios problemáticos. La pretensión es la de dotar y fortalecer de habilidades y capacidades para ejercer respuestas conjuntas, por tanto, se busca un proceso de capacitación profesional a los agentes de cambio que sean considerados con mayores posibilidades de emprender tareas de replicación, de liderazgo y organización que coadyuven a la solución de problemáticas comunes.

Modelo de IAP, Investigación de Acción Participativa

Considerada un proceso diverso e integrador, Fals Borda (1985) visualiza a la IAP como la integración de otros procesos como la educación, la investigación científica y la acción política, ello sin dejar de lado el análisis crítico, el diagnóstico de situaciones y la práctica, todos ellos fuente de conocimiento, a la vez que constituyen el poder del pueblo.

Como una alternativa de generar conocimiento transformador, la propuesta pone énfasis en la participación del pueblo no solo para la identificación de necesidades,

sino también de la búsqueda de solución a ellas. Es así que el proceso conlleva el reconocer la realidad que se vive como un elemento investigativo, el cual debe partir de las propuestas de los implicados.

Modelo PIPA (Participación, Investigación, Participación, Acción) (CESPI itinerante)

Modelo que aun cuando tiene sus fundamentos en la IAP, su accionar es de más corto alcance, pues se enfoca en los espacios delimitados de incidencia, en específico espacios controlados (escuelas, instituciones, dependencias, etc.) y no busca tampoco la acción política, ella se sustituye por acción colectiva, misma que permite visualizar nuevas formas de organización, a su vez se buscan procesos de sensibilización y modificación de conducta, lo cual parte del modelo ecológico de intervención comunitaria, de donde se desprenden principalmente dos acciones una adaptación autoplástica identificada como posibilitar la adecuación del individuo a su entorno, dotándolo y fortaleciendo su persona con habilidades y capacidades de afrontamiento. Y la adaptación aloplástica, la cual permite que el individuo pueda modificar su entorno.

DEL PROGRAMA DE CESPI ITINERANTE

Como se había comentado, este es un programa de respuesta psicosocial, que se desprende desde el vínculo UAEM-FACICO - sociedad, y que busca menguar las diversas problemáticas sociales que aquejan a la población, derivadas de las diversas formas de interacción.

A través de diseños preventivos acordes con necesidades específicas, se propone realizar procesos de modificación conductual, fortaleciendo o desarrollando habilidades psicossocioemocionales contextuales que permitan respuestas acordes con las situaciones demandantes, con la finalidad de dotar de herramientas de análisis a los individuos en las tomas de decisiones que impliquen o impacten su vida cotidiana.

Como programa psicossocio-académico se tiene como objetivo institucional principal establecer un vínculo más cercano entre Universidad y sociedad a través de la participación de brigadas de intervención de salud mental, mientras el objetivo social es el descrito en el párrafo anterior.

Para tal efecto se trabaja con tres diferentes propuestas de intervención:

Diagnóstico CESPI itinerante

Se realiza un diagnóstico por parte de los integrantes del CESPI itinerante y con base en los resultados se realiza una propuesta de intervención, ambos por escrito, de igual manera éstos serán entregados a la institución.

Diagnóstico institución

La institución realiza su propio diagnóstico y solicita una propuesta de intervención conforme a los resultados que ellos obtuvieron.

Intervención por necesidad observada

La institución realiza la solicitud de intervención por temáticas específicas observadas por ellos.

Por tanto, los temas a trabajar dependerán del tipo de diagnóstico que se ejecute, considerando los procesos anteriormente descritos.

Conscientes de las necesidades y demandas sociales e institucionales, el programa ha procurado establecer distintas técnicas de impacto:

- Programas de intervención
- Talleres específicos
- Pláticas preventivas, de sensibilización o informativas
- Atención individual de personas detectadas con alto riesgo
- Canalizaciones

De igual manera, día con día busca incrementar los temas de atención, contando en este momento con:

- Prevención de *cutting*
- Prevención de *bullying*
- Prevención de intento suicida
- Prevención de adicciones
- Prevención de embarazo temprano
- Autoestima
- Inteligencia emocional
- Violencia en el noviazgo
- Comunicación asertiva
- Actitud laboral
- Salud mental

- Primeros auxilios psicológicos
- Hábitos de estudio

Para poder desarrollar dicha actividad, el programa cuenta con el apoyo institucional de la Facultad de Ciencias de la Conducta que por medio del CESPI y de profesores especialistas de la misma facultad, e instituciones como CAPA (Centro de Atención Primaria a las Adicciones) San Pablo Autopan y CAPASITS (Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual) Toluca, ofrecen orientación, asesoría y capacitación al equipo de trabajo, contemplando temas diversos como son:

- Género
- Inteligencia emocional
- Intervención en crisis
- Manejo y conducción de grupos
- Prevención de *bullying*
- Prevención de adicciones
- Prevención de *cutting*
- Prevención de intento suicida
- Prevención de VIH
- Primeros auxilios médicos
- Primeros auxilios psicológicos
- Problemas de aprendizaje
- Psicología comunitaria
- Psicometría
- Representaciones sociales
- Sexualidad
- Terapia breve cognitivo conductual
- Terapia sistémica

Cabe mencionar que a esta lista de temas se siguen incorporando algunos otros, ello conforme a las necesidades y demandas requeridas por los espacios donde se solicita la participación del programa.

En cuanto a la población de atención no existe una en particular, se trabaja desde niños en preescolar hasta adultos mayores.

A sus escasos casi dos años de la conformación del programa, se ha podido atender a poco menos de 5 000 personas con las siguientes temáticas.

<i>Tema de intervención</i>	<i># de personas</i>
Actitudes laborales	168
Teatro Guiñol/prev. de adicciones	220
Control de emociones	1 420
<i>Cutting</i>	80
Tamizaje factores de riesgo	480
Relaciones familiares	480
Relaciones de amistad	480
Expectativas escolares	480
Prevención del intento suicida	35
Adicciones y Sexualidad	50
Autoestima	180
Sexualidad	180
Primeros auxilios psicológicos	108
Día del niño para adultos mayores	35
Activación física	25
Integración grupal	50
<i>Diagnósticos</i>	<i># de personas</i>
Inventario de ansiedad de Beck	40
Inventario de depresión de Beck	100
Escala de habilidades sociales	205
Perfil inventario de personalidad	208
<i>Total</i>	<i>4 944</i>

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los resultados obtenidos fuera del proceso cuantitativo, no se han podido cualificar, pues el proceso de intervención sigue en marcha y la mayoría de la intervención obedece a un programa diseñado para espacios particulares, y en otros casos las intervenciones han sido de una sola sesión pues las instancias que lo solicitaron no quisieron que se diera seguimiento por cuestiones administrativas.

Cabe mencionar que aún sigue siendo un programa en desarrollo y que se modifica constantemente conforme las necesidades, pero sin perder por completo el objetivo. Es así que, entre otras cosas, el programa pretende establecer la colaboración social (universidad-sociedad) como un pilar para la solución de problemáticas psicosociales,

resaltando los valores éticos y morales que la Universidad impulsa, con la idea fundamental de inculcar esquemas de profesionalismo y humanismo, que coadyuven en la cooperación colectiva en la toma de decisiones para llevar a cabo el combate a las afectaciones psicoemocionales derivadas de las circunstancias sociales, políticas, económicas, alimentarias, ecológicas y de salud, propias de las distintas regiones del Estado de México.

REFERENCIAS

- Allones, C. (2005). *Teoría de la acción social: propuesta de un método*. Santiago de Compostela, RIPS.
- Bandura, A. (1986). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, Espasa-Calpe/Lazo Blanco.
- Fals-Borda, O. (1985). *El problema de cómo investigar la realidad para transformarla: por la praxis*, Bogotá, CLACSO.
- Fazio, R. (1989). “Sobre el poder y la funcionalidad de las actitudes”, en Pratkanis, S. J. *Actitud, estructura y función*. Nueva York.
- Gómez, J. (2002). *Psicología de la comunidad*, México, Plaza yValdez.
- Greenwald, A. (1969). *Aprendizaje cognitivo, respuesta cognitiva a persuasión y cambio de actitud*, Nueva York.
- Molina, R. (2019). *México, primer lugar en bullying escolar*, consultado el 22 de octubre de 2019 <https://maestrosdemexico.com/2019/03/01/mexico-primer-lugar-en-bullying-escolar/>
- Morales, F. (1997). *Psicología social*, Madrid, McGraw Hill.
- Nazario, N. (2019). Advierten incremento de suicidios en México; ocho de cada 10 fueron hombres. Consultado el 22 de octubre de 2019 en <https://www.congresocdmx.gob.mx/advierten-incremento-de-suicidios-en-mexico-ocho-de-cada-10-fueron-hombres/>
- Rondón, M. (2006). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* versión impresa ISSN 1726-4634. Rev. perú. med. exp. Salud pública, v. 23 n. 4, Lima oct/dic.

UNA ESTRATEGIA DE APOYO TUTORIAL PARA LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Imelda Zaribel Orozco-Rodríguez

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Debido al impacto que tiene una adecuada trayectoria académica del alumno, se refieren los factores tanto internos como externos a las instituciones académicas que influyen positiva o negativamente en el rendimiento académico de las y los estudiantes. Se ha desarrollado un programa de tutoría que tiene el objetivo de acompañar a los estudiantes en su proceso de formación. Los tutores cuentan con instrumentos de evaluación de los estudiantes y según se encuentren en riesgo académico o no, diseñan estrategias adecuadas para cada alumno, con el propósito de que puedan, de acuerdo con la fase en la que se ubiquen, promover la adaptación, la resolución de problemas y obstáculos, así como para la preparación del egreso al final de la formación. Entre las diversas estrategias de las que el tutor se vale se encuentra la canalización de alumnos a los servicios del Centro de Estudios y Servicios Psicológicos e Integrales (CESPI), por lo que la tutoría es un apoyo importante para los alumnos.

ABSTRACT

Based on the impact of an adequate academic trajectory of the student, both internal and external factors refer to academic institutions that positively or negatively influence academic performance. A tutoring program has been developed, with tutors who have the objective of accompanying the students in their training process. The tutors have instruments for evaluating the students and depending on whether they are at academic risk or not, they design appropriate strategies for each student, with the purpose that they can, according to the phase in which they are located, promote adaptation, solving problems and obstacles and preparing for graduation at the end of the training. Among the strategies is the channeling of students to the services of the Center for Psychological and Comprehensive Studies and Services (CESPI), so tutoring is a support for students that complements the CESPI.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo económico, político, social y cultural de los países, es impulsado por la educación de sus ciudadanos, aunque en México, el grado de escolaridad ha ido en aumento durante las últimas décadas, los retos aún son importantes.

El Estado mexicano asigna 8 % de su producto interno bruto a la partida presupuestal de educación, sin embargo, de acuerdo con la estadística del sistema educativo, en México, durante el ciclo escolar 2016-2017, 9.06 % de los estudiantes abandonaron sus estudios antes de concluirlos; lo que implica un inadecuado aprovechamiento de esos recursos.

Las instituciones educativas se han ocupado de generar estrategias para garantizar una oferta educativa de calidad, además de mecanismos que contribuyan a la permanencia de los estudiantes en los diferentes programas educativos, y así abonar al desarrollo del país y al uso eficiente del presupuesto asignado; el presente escrito tiene por objetivo, disertar en relación con las diferentes problemáticas que se presentan en la trayectoria educativa y que llegan a provocar la reprobación, el rezago y el abandono escolar, además de dar una breve explicación de la tutoría y particularmente de los servicios psicológicos como estrategia para la prevención y disminución de los índices de reprobación, deserción y rezago en la Educación Superior.

LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN MÉXICO

El artículo tercero de la Constitución Política de México garantiza el derecho de las personas a recibir educación básica y media superior con carácter de obligatoria, además, menciona que el Estado garantizará la calidad de la educación, con base en el mejoramiento constante y el máximo logro de los educandos.

No obstante, los niveles de logro educativo en México están entre los más bajos de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y existe preocupación respecto a la calidad, con puntuaciones en el Programa Internacional para la Evaluación de alumnos, PISA, que se sitúa entre las peores de los países de la OCDE (OCDE, 2019).

En recientes fechas, en la agenda pública, se discute la propuesta de reforma al Art. 3 constitucional que pretende sumar a la Educación Superior en México para que

ésta sea universal, gratuita, laica, democrática, integral, equitativa y de excelencia, lo anterior, con el propósito de contribuir a que sean más los estudiantes que durante la educación superior, desarrollen competencias y conocimientos técnicos, profesionales y disciplinares específicos avanzados, así como competencias transversales que los cualifiquen para una variedad de ocupaciones laborales y se favorezcan las posibilidades que tienen de participar en el mercado de trabajo y obtener salarios considerablemente superiores en comparación con aquellos que concluyen niveles de educación inferiores (OCDE, 2019).

No obstante, en 2017, la estrategia nacional de competencias de la OCDE identificaba como un gran desafío para México, el perfeccionamiento en el uso de las competencias en el trabajo, y la mejora en la alineación entre las competencias y el mercado laboral para los egresados de educación superior (OCDE, 2017).

Por su parte, la Secretaría de Educación Pública hace recomendaciones en torno a la educación superior, calificándolas en tres epígrafes: alinear la educación superior con las necesidades cambiantes del mercado laboral, ayudar a los estudiantes a tener éxito en la educación superior y el mercado laboral, y coordinar el sistema de educación superior para mejorar los resultados y la relevancia para el mercado laboral (OCDE, 2019).

Apoyar a los estudiantes a tener éxito en la educación superior, es el tema que ocupa al presente escrito.

De acuerdo con la estadística del sistema educativo mexicano, ciclo escolar 2016-2017, emitido por la Secretaría de Educación Pública, se inscribieron 433 580 estudiantes en Educación Superior, de los cuales 408 907 estaban inscritos en licenciatura, asimismo, la estadística muestra que en septiembre de 2017 las cifras preliminares mostraban un índice de abandono escolar de 9.6 % lo que implica a 41 623 estudiantes que no concluyeron los estudios (Secretaría de Educación Pública, 2017).

El abandono o deserción escolar, entendido como la falta de asistencia permanente, voluntaria o forzosa a las clases, antes de haber concluido el plan de estudios completo, representa un problema para los sistemas de educación superior ya que impactan a: 1) Los procesos económicos, toda vez que redundan en un desperdicio de los recursos que un país destina para tal fin y compromete el alcance de niveles de desarrollo mayores en los países; 2) El proceso social, debido a que cuando un estudiante abandona los estudios, disminuyen sus probabilidades de inserción laboral, además de aumentar la ocurrencia de conductas de riesgo que incidan en problemáticas de salud

derivadas de la falta de actividades y la disminución del contacto con grupo de pares, tales como drogadicción, depresión, etc., y 3) Proceso cultural, ya que contribuye al menor índice en la adquisición, transmisión y elevación de conocimientos, no sólo disciplinares, sino también generales.

El abandono escolar es un factor complejo del que no se puede señalar una causa única.

Goicovic (2002) propone dos enfoques principales para explicar la deserción secundaria y que sin duda pueden generalizarse hacia la educación superior, distinguiendo el de intrasistema; en donde un ejemplo es la reglamentación institucional, ya que generalmente existen normas que regulan los criterios de permanencia institucional, tal es el caso de la calificación mínima aprobatoria para las unidades de aprendizaje, la cantidad mínima de asistencia a clases, el número de unidades de aprendizaje que un estudiante puede reprobado durante la trayectoria académica correspondiente a la licenciatura, así como las veces que puede reprobado una misma unidad de aprendizaje.

Cada uno de los supuestos anteriores, pueden derivar en una baja definitiva de los estudios por la observación de la reglamentación correspondiente.

Sin embargo, no siempre las causas que contribuyen a la deserción escolar son inherentes a las instituciones educativas, en ocasiones, ésta obedece a factores fuera del sistema, tales como: la desigualdad de oportunidades, pobreza, marginación, vinculación laboral temprana, disfunción familiar y estereotipos de género, generando bajo rendimiento académico, que redundo en desmotivación por sensación de fracaso.

Es así que la deserción puede ser precedida por otros indicadores que ponen sobre aviso la problemática y que si se anticipan pudieran contribuir a la prevención del abandono, tal es el caso del bajo rendimiento escolar que a su vez se traduce en índice de reprobación, de ausentismo y rezago académico, tal como Becerra y Reidl (2015), identifican el bajo rendimiento escolar o la reprobación —sobre todo en los primeros semestres— como una causa de abandono escolar del estudiante.

El rendimiento académico bajo, tampoco puede ser atribuido únicamente a la voluntad o capacidad del estudiante. De acuerdo con Caso-Niebla y Hernández, 2007; García, 2001; González, 1988; McKenzie y Schweitzer, 2001; citados por Becerra, 2015; se identifican factores académicos que se relacionan con los estudiantes y que impactan en el rendimiento como:

Formación académica previa, desempeño en el ciclo anterior (promedio de calificaciones), calificaciones obtenidas en los procedimientos de ingreso y asistencia a clases. De los factores psicosociales destacan: satisfacción hacia los estudios, bienestar psicológico, entorno familiar, integración del estudiante a la institución y el soporte o apoyo familiar. De los sociodemográficos: contexto socioeconómico, lugar de residencia, sexo, edad, condición laboral, escolaridad de los padres y apoyo familiar. De los cognoscitivos: estrategias de afrontamiento, aptitudes, inteligencia y estrategias de aprendizaje. De los motivacionales: autoconcepto, autoeficacia, estilo atribucional y motivación de logro. (p. 82).

LA TUTORÍA ACADÉMICA

La función tutorial aparece como un elemento clave en facilitar la intervención de cara a optimizar el proceso de transición a la universidad y el logro de los estudiantes, en atender al alumnado que presenta dificultades para el seguimiento de los estudios y en facilitar los procesos de elección y transición al mercado laboral (Rodríguez, 2004).

De tal suerte que la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) “en el año 2000, propone la metodología para establecer programas de tutoría en sus instituciones afiliadas, con el fin de mejorar la calidad en el desempeño de los estudiantes toda vez que los objetivos en el sistema de educación superior no se estaban alcanzando (Romo, 2011).

Por su parte, el Programa Institucional de Tutoría Académica de la Universidad Autónoma del Estado de México UAEMéx. (ProInsTA), se concibió formalmente a partir del Plan Rector de Desarrollo Institucional 2001-2005, programa que se ocupó originalmente de fortalecer académicamente al estudiante del Nivel Superior (UAEM, 2016). Su misión enuncia, que “es un programa de apoyo académico que a través de actividades de asesoría, orientación, aprendizaje y preparación contribuye y da seguimiento a la formación integral del estudiante universitario, para alcanzar los objetivos de formación profesional y los propósitos educativos de la Institución”. (9.8).

Protege a los estudiantes de contingencias tales como la reprobación y la deserción, mediante una atención ordenada y secuencial que incorpora alternativas de apoyo ante disfunciones académicas, administrativas o personales.

Es entonces el programa de tutoría académica un programa institucional que se integra formalmente en la Dirección de Apoyo Académico a Estudiantes y Egresados,

DAAEE y aterriza en cada uno de los espacios educativos que conforman a la UAEM. Éste se desarrolla como función inherente a la docencia, en la que, de forma voluntaria, el docente que así lo desea, asume el compromiso de diagnosticar, acompañar, orientar y apoyar a los estudiantes-tutorados desde el inicio de la formación profesional hasta la conclusión de la misma; aunque el tutor no recibe una remuneración directa por esta función, el Programa de Tutoría Académica se vincula con el Programa de Estímulos al Desempeño del Personal Docente (PROED).

El tutor tiene como propósitos principales:

- Abatir los índices de reprobación.
- Disminuir las tasas de deserción y los índices de rezago.
- Elevar los índices de egreso y las tasas de eficiencia terminal.

Contribuyendo así a elevar la calidad de los servicios educativos de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Para el funcionamiento del Programa Institucional de Tutoría Académica, la UAEM cuenta con un software: el Sistema de Información de Tutoría Académica y Asesoría (SITAA), plataforma que sirve para orientar y registrar las actividades que el tutor puede llevar a cabo con sus tutorados, partiendo de un diagnóstico que el tutor hace, derivado de los datos socioeconómicos que el mismo tutorado alimenta en el SITAA, así como de la información académica de cada estudiante que control escolar provee en el sistema.

En el caso específico de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMéx, se ofertan 4 programas educativos: 1) Licenciatura en Psicología, 2) Licenciatura en Trabajo Social, 3) Licenciatura en Educación y 4) Licenciatura en Cultura Física y Deporte. El programa de tutoría académica conformado en un departamento dependiente de la Subdirección Académica brinda atención a los alumnos de estos cuatro programas.

Para el acompañamiento y fortalecimiento académico, el programa de tutoría universitaria cuenta con estrategias como las Asesorías Disciplinarias Académicas y las Asesorías Disciplinarias por Mentores Académicos.

Durante las Asesorías Disciplinarias, un especialista en el área brinda apoyo a los estudiantes facilitando la comprensión de los diferentes temas de estudio, que conforman el contenido de las unidades de aprendizaje que cursan en un ciclo escolar (Abud, 1994).

Por su parte, las Asesorías Disciplinarias por Mentores conforman un programa que tiene por objetivo mejorar el rendimiento escolar y abatir la deserción, a través

de alumnos sobresalientes, atendiendo temas que representen riesgo académico a los estudiantes, así como la recomendación de estrategias de aprendizaje y estudio útiles para mejorar el aprovechamiento escolar, por medio de la relación alumno-alumno (González, 2019).

EL TUTOR

Uno de los actores relevantes de la tutoría es justamente el tutor y tal como lo cita Rodríguez (2004) el ámbito de actuación del tutor se coloca en el asesoramiento y apoyo técnico a los estudiantes universitarios, desde que ingresan a la carrera hasta que finalizan sus estudios. Facilita la adaptación de los estudiantes a la universidad, el aprendizaje y el rendimiento académico, la orientación en el orden curricular y profesional y permite canalizar y dinamizar las relaciones de los estudiantes, con los diferentes segmentos de atención, tanto de carácter administrativo, docente, organizativo y de servicios.

Para ello, al inicio del semestre, se asigna a cada estudiante de nuevo ingreso, un tutor, que preferentemente es docente de la licenciatura a la que el tutorado está inscrito, y quien, en un escenario ideal, acompañará y asesorará al estudiante tutorado durante toda su trayectoria académica (Laredo y Saldaña, 2005).

Para garantizar una adecuada actuación tutorial dentro de la UAEMéx, el ProInsTA plantea el siguiente perfil del tutor:

1. Profesores de carrera o de asignatura adscritos al plantel
2. Experiencia en su área académica y profesional
3. Dominio de su disciplina
4. Amplios conocimientos académicos
5. Capacidad de decisión
6. Actitud de aceptación
7. Interés en el servicio
8. Honestidad
9. Habilidad para la comunicación
10. Capacidad de propuesta
11. Empatía
12. Ética
13. Discreción

Con el propósito de cumplir su función, el tutor diseña y registra en el SITAA, un plan de acción tutorial semestral, en el que establece los objetivos a cumplir, la distribución de al menos tres sesiones grupales durante el periodo, así como las sesiones individuales que considere pertinentes. Esta plataforma contiene, además, el listado de los temas pertinentes y que el tutor puede considerar y elegir compartir con los estudiantes en concordancia con el momento en la trayectoria académica del mismo, así como el establecimiento de metas que permitan la evaluación de la correspondiente implementación.

Teniendo en cuenta que, como se ha mencionado, los índices de deserción no sólo obedecen a causas académicas, sino que en ocasiones, tienen origen en variables externas a la institución educativa, la tutoría académica debe extender sus estrategias de intervención a una amplia variedad de necesidades detectadas o manifiestas por y en los propios tutorados.

Para ello, durante su desempeño como tutor, el docente, en el caso ideal durante los primeros encuentros, establece una relación de confianza y comunicación fluida, favoreciendo así la obtención de información referente a los estudiantes, sus niveles de motivación, hábitos, actitudes y valores frente a los estudios, historia familiar, trayectorias escolares previas, integración y convivencia en grupos y escuelas; procesos de aprendizaje y toma de decisiones (Krichesky, 2008) que le posibilite diseñar un plan tutorial que permita el adecuado seguimiento y atención/prevención a las dificultades que el tutorado pudiera encontrar a lo largo de su trayectoria académica.

Martín *et al.* (2012) sugieren programar durante el primer semestre: 1) una entrevista individual para conocer al tutorado, 2) una segunda entrevista individual para identificar el proceso de adaptación al grupo-clase y valoración de los resultados obtenidos, 3) una tercera entrevista para, en caso de estudios de nivel superior, valorar los resultados y brindar orientación en función de ellos, 4) una entrevista para el seguimiento de casos especiales y, finalmente, 5) una reunión para la evaluación de los trabajos de tutoría.

Para las sesiones grupales se sugiere una primera reunión en la que se presente al estudiante el programa educativo y el mapa curricular que habrá de transitar durante su formación, una segunda sesión para exponer la normatividad que regula su permanencia y promoción de los estudios y una tercera para la orientación del proceso de reinscripción al siguiente semestre.

Las dos sugerencias anteriores, aunadas a la asistencia a una sesión de inducción dirigida al total de estudiantes de nuevo ingreso, durante la cual se presenta a los tutorados la estructura institucional académico-administrativa y la promoción de programas y servicios que la institución ofrece, así como elementos de identidad universitaria en la que se desarrollan técnicas para la integración grupal, facilitando la adaptación del estudiante a la institución y favoreciendo la integración escolar, conforman la primera fase de la tutoría referente al ingreso.

Más adelante, el tutor irá distinguiendo a los alumnos que requieren en mayor medida el acompañamiento tutorial a partir del rendimiento académico, que, si es sobresaliente, exige de orientación y acompañamiento para el desarrollo del potencial y si es deficiente requiere un adecuado diagnóstico de las causas para el posterior diseño de intervención evitando así la deserción.

El trabajo del tutor representa un proceso continuo que ha de tener en cuenta la detección de necesidades para el posterior diseño de intervenciones.

Una herramienta fundamental para una detección de necesidades es el SITAA que además contiene la trayectoria académica de cada tutorado y a la cual, tanto el tutor como el tutorado pueden acceder en cualquier momento, el SITAA permite el análisis de las características y el comportamiento de la población estudiantil en relación con los factores que influyen en su trayectoria escolar respecto al ingreso, permanencia y egreso, en función del comportamiento de la reprobación, de las tasas de deserción, los índices de rezago, de los índices de egreso y las tasas de eficiencia terminal de las diferentes cohortes (Laredo y Saldaña, 2005).

La trayectoria académica dibuja el recorrido del estudiante en el plan de estudios o mapa curricular, marcando las unidades de aprendizaje cursadas; si éstas fueron aprobadas o reprobadas, incluyendo la calificación según sea el caso; además del promedio de calificación semestral y general, así como la cantidad de créditos acumulados.

Lo anterior permite al tutor el análisis de la información, observando variables como la continuidad en los estudios, es decir la posible existencia de interrupciones o desfases en el recorrido ideal de la trayectoria establecida en el plan de estudios, además del nivel de eficiencia con el que el estudiante transita las unidades de aprendizaje y que se observa en las oportunidades de evaluación a las que un alumno accede para lograr aprobarla, ambas variables determinan el indicador de rendimiento, dando elementos indispensables para que el tutor oriente la toma de decisiones del estudiante por ejemplo en relación con las futuras cargas académicas.

Cuando el tutor detecta deficiencias académicas canaliza a los alumnos a asesorías disciplinares o asesorías disciplinares por mentores académicos.

Por otra parte, en la segunda fase de la tutoría académica el objetivo fundamental será garantizar la permanencia en los estudios, para esto se sugiere al tutor, promover la participación de los tutorados en actividades dirigidas a promover las competencias básicas comunicativas de aprendizaje, razonamiento, socialización, autoestima y culturales, así como orientar la toma de decisiones, el desarrollo de hábitos de estudio y el uso de herramientas incluso tecnológicas que favorezcan el rendimiento académico de acuerdo con las actividades orientadas por la DAAEE para el programa institucional de tutoría institucional.

Una tercera fase de la tutoría está orientada a promover el egreso, acompañando los procesos académico-administrativos hasta la titulación, en esta fase se sugiere al tutor brindar información respecto de las distintas modalidades para la titulación por las que los estudiantes pueden optar, así como respecto de los trámites para el egreso, de acuerdo con las necesidades del alumno y en apego a la normatividad correspondiente.

Además, el SITAA, de acuerdo con el análisis en las trayectorias, segmenta a los estudiantes para facilitar la identificación de las necesidades de intervención considerando criterios de continuidad y eficiencia.

1. Alumnos que cursan trayectorias escolares ideales aprobando todas sus asignaturas en evaluaciones ordinarias, por tanto, su rendimiento aparece en un nivel alto o medio y es iluminado en verde
2. Alumnos con problemas académicos específicos aquellos casos que presentan una o dos asignaturas reprobadas, a quienes el sistema ilumina de amarillo alertando al tutor a que identifique las posibles causas de reprobación para generar las estrategias de intervención y por tanto prevención de rezago o deserción.
3. Alumnos en situación de riesgo son estudiantes que presentan tres o más asignaturas con calificaciones reprobatorias en un periodo de evaluación. Iluminados con rojo alertan al tutor a considerar no sólo variables académicas en el análisis de la situación, sino incluso variables más allá del sistema educativo con la finalidad de diseñar una intervención integral.

En cada una de las fases mencionadas, el tutorado tendrá diversas y particulares necesidades. Cruz (2011) cita que de acuerdo con D. Campbell y T. Campbell se

identifican algunas de las necesidades que tienen los tutorados para establecer vínculos con los tutores, entre ellas mencionan:

- Recibir ayuda en la toma de decisiones para planificar sus estudios.
- Obtener guía académica durante todos sus estudios.
- Tener consejos para enfrentar las demandas académicas.
- Contar con orientaciones sobre requisitos del grado.
- Recibir apoyo en problemas y crisis personales.

EVALUACIÓN Y BENEFICIOS OBTENIDOS POR LOS PROGRAMAS DE TUTORÍA ACADÉMICA

Un punto importante en la implementación de cualquier programa de intervención deriva de la evaluación, pues ello permite conocer los resultados, logros y beneficios que de la intervención emanan, así como determinar las áreas de oportunidad y toma de decisiones necesarias para incrementar la eficiencia de éste.

El programa de tutoría académica, como ya se ha mencionado, tiene el objetivo de contribuir a la disminución de índices de reprobación, rezago y deserción, así como abonar al incremento de los índices de egreso y las tasas de eficiencia terminal, por lo que estos indicadores son un buen punto de partida para evaluar el impacto y resultados del programa, además del cumplimiento de los objetivos previamente planteados por el programa.

Asimismo, entre las posibles variables que se relacionan con la calidad de las actividades inherentes a los programas de tutoría propuestas por García y Díaz (2013) se encuentran:

- Actitud empática
- Compromiso con la actividad tutorial
- Capacidad para la acción tutorial
- Disposición para atender a los alumnos
- Capacidad para orientar a los alumnos en decisiones académicas
- Satisfacción

Por otra parte, Hernández y Torres (2005), citados por García y Díaz (2013), proponen algunos otros elementos a considerar en los procesos de evaluación a estos programas, tales como: satisfacción de los estudiantes con respecto a la actuación del tutor, percepción del profesorado en relación con la validez del programa, adecuación

de los objetivos y actividades del Plan de Acción Tutorial a las necesidades e intereses del alumnado y del profesorado.

Estas evaluaciones se sirven de diversos mecanismos e instrumentos entre los que se pueden mencionar: el análisis a las trayectorias académicas, la aplicación de cuestionarios y encuestas.

Entre algunos de los resultados obtenidos durante las evaluaciones al programa de tutoría de esta universidad, se encuentran, en 2013, la medición que la Facultad de Química concluye en su informe, esto es que el programa de tutoría no cumple con las expectativas de los estudiantes. (García y Díaz, 2013)

Por otro lado, Gómez (2012), entre los resultados del estudio longitudinal durante los periodos 2005, 2006 y 2009, respecto de la percepción de los estudiantes sobre el programa de tutoría académica en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, refiere que los estudiantes consideran "...que los resultados obtenidos por asistir a la tutoría han sido excelentes y buenos; en promedio así lo manifiesta el 85 % de los entrevistados".

Sin embargo, en el mismo estudio, los resultados arrojan que "los tutorados aprecian cada vez menos el programa". Además, al comparar las respuestas de los estudiantes en las evaluaciones al programa, en los tres periodos que comprende el estudio, refiere que la medición indica que la acción tutorial no está respondiendo a las expectativas de los alumnos (Gómez, 2012).

En un estudio posterior, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales los resultados son similares, de acuerdo con lo referido por Rosales (2017) "los déficits encontrados revelan que la calidad de esa tutoría no está cumpliendo con las expectativas de los alumnos y mucho impacta en su formación profesional".

Respecto de los logros y beneficios alcanzados con la implementación de programas de tutoría en la Universidad Autónoma del Estado de México se encuentra que han redundado en beneficios sustantivos para la atención a estudiantes y egresados, particularmente en la mejora de índices de permanencia, aprovechamiento académico y eficiencia terminal, esto cuando la tutoría se implementó como una estrategia para enfrentar retos en la educación superior en entornos digitales en la Facultad de Lenguas (Estrada *et al.*, 2013).

En el caso específico de los resultados obtenidos por el programa de tutoría de la Facultad de Ciencias de la Conducta se observa una disminución de 10 puntos porcentuales en el índice de reprobación en exámenes finales de los programas

educativos de las licenciaturas en Psicología, Educación y Trabajo Social; así como un incremento en la eficiencia terminal hacia 55 % en los cuatro programas educativos que ofrece esta facultad de 2019 a 2020, lo anterior, de acuerdo con datos de la Dirección de Estudios Profesionales de la UAEMéx.

EMOCIONES Y EDUCACIÓN

Las emociones tienen repercusiones que pueden dejarse sentir en el clima de la clase, la disciplina y el rendimiento académico, etcétera (Bisquerra, 2001).

La palabra emoción, deriva del latín *movere*, que significa mover hacia afuera, ello implica que cada emoción conlleva a un actuar determinado, además cuando la emoción es muy intensa se pueden generar disfunciones intelectuales o trastornos emocionales (Bisquerra, 2001).

La presencia de emociones positivas o negativas tiene incidencia en procesos psicológicos de más amplio alcance. Los trastornos de ansiedad, las ideas suicidas, la depresión, las conductas violentas, el estrés, están mayormente relacionados con las emociones negativas (Castro, 2010).

Por otra parte, la ansiedad y la depresión son las enfermedades mentales del siglo, el predominio de depresión entre los jóvenes es sorprendentemente alto a nivel mundial; hay más depresión que afecta a los más jóvenes (Seligman, 2016).

Todo esto resulta sumamente trascendente en el ámbito educativo debido a que el estado mental negativo produce menor atención, más pensamiento crítico y más pensamiento analítico, disminuyendo el pensamiento creativo y la facilidad para aprender nuevas cosas (Seligman, 2016), repercutiendo muy seguramente, en el rendimiento escolar y por lo tanto en algunos casos en el abandono.

Los últimos párrafos aluden a situaciones y problemáticas que inciden de manera directa o indirecta en la trayectoria académica y en las que el tutor no necesariamente se encuentra capacitado para acompañar, apoyar, orientar o desarrollar habilidades en sus tutorados que incidan de manera preventiva o correctiva e impacten en la disminución de índices de reprobación, absentismo, rezago y deserción.

CENTRO DE ESTUDIOS Y SERVICIOS PSICOLÓGICOS INTEGRALES CESPI

La Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México ofrece servicios de investigación y atención psicológica a través del Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales (CESPI). Éste se constituye en una dependencia académica integrada a la estructura académica y administrativa, y tiene como objetivo, entre algunos otros: ofrecer servicios de atención psicológica a la comunidad; tratando de dar respuesta a las demandas más urgentes en materia de prevención, apoyo y tratamiento de problemas psicológicos a nivel individual, familiar, social y productivo que contribuyan al desarrollo de la comunidad (Gaceta Universitaria, 2008).

Este Centro fue creado el 23 de octubre de 1991, con la idea de brindar atención psicológica a la comunidad y cumplir con la misión social de la Universidad Autónoma del Estado de México, contribuyendo a la solución de problemas específicos de la sociedad mexiquense, con un enfoque de atención interdisciplinario en donde participan profesionales en Psicología, Trabajo Social y Neurología, tanto a nivel preventivo, de intervención y seguimiento. (<http://www.facico-uaemex.mx/2018-2022/cespi.html>).

En el año 2017 el rector de la UAEMéx, Dr. Eduardo Barrera Baca, sensible a las problemáticas juveniles de nuestros tiempos y consciente de la repercusión de éstas en el aprovechamiento académico y por lo tanto en el desarrollo económico, social, político y cultural de nuestra comunidad, instruye a la Facultad de Ciencias de la Conducta para que, a través del CESPI, se diseñe un programa de atención a estudiantes, ubicándolos en el lugar correspondiente a la problemática psicológica identificada asegurando la eficacia y eficiencia terapéutica.

A la fecha cuenta con: 12 consultorios, 24 terapeutas, un área de valoración psicológica, un laboratorio de psicología experimental, un laboratorio de neuro-psicología, una sala de Biofeedback, para el monitoreo de la respuesta fisiológica en programas de entrenamiento para el manejo de estrés, un laboratorio de electroencefalografía que permite conocer la influencia de las alteraciones bioeléctricas en los trastornos afectivos, del comportamiento y del aprendizaje para una evaluación integral; además de una Línea de Atención Psicológica que brinda servicios de contención, intervención y orientación psicológica breve y de emergencia vía telefónica, con el fin de responder a las demandas psico-emocionales de la comunidad

universitaria que enfrentan una situación de crisis y requieren acompañamiento profesional, asimismo, cuenta con un programa para la intervención en adicciones, y 40 brigadistas para la prevención de conductas de riesgo a través del programa de CESPI itinerante y un área de Trabajo Social. (<http://www.facico-uaemex.mx/2018-2022/cespi.html>)

Una de las estrategias adoptadas por la UAEM, en torno a la atención a estudiantes con la finalidad de contribuir al alcance de objetivos de la tutoría, es la canalización para la atención psicológica de las y los estudiantes, así, el CESPI se constituye como un aliado trascendente para la acción tutorial y por lo tanto para la prevención e intervención de trastornos emocionales y problemáticas personales y familiares de los y las estudiantes que pudieran estar redundando en la disminución de su rendimiento académico y llegan a motivar la deserción escolar cuando no son atendidas.

Cuando un tutor o un docente detecta o es informado de algún estudiante que refiere dificultades socioemocionales, el o la tutora gestionan el apoyo para la atención en el CESPI y mediante un formato de canalización se orienta a los y las tutoradas que así lo requieren, para que acudan a la asistencia psicológica.

Es así, que tan sólo en 2019, el CESPI brindó servicio a un aproximado de 128 alumnos de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Conducta, a quienes se les atendió predominantemente por problemas familiares, duelo, problemas emocionales, familiares y vocacionales, así como dificultades para la toma de decisiones.

En total, durante 2019, se atendió a 238 estudiantes pertenecientes a los diferentes programas educativos de la Universidad Autónoma del Estado de México; consolidándose así como una estrategia de apoyo a los servicios de orientación y acompañamiento a los estudiantes desde una perspectiva de prevención e incluso de intervención a algunas problemáticas que provocan deserción y bajo rendimiento y por lo tanto contribuyendo a la disminución de estos índices.

CONCLUSIONES

Los retos para la oferta educativa de calidad en la Educación Superior en México y la garantía de permanencia son diversos, en este contexto, la tutoría emerge como una estrategia efectiva para la prevención e intervención de problemáticas que derivan en la deserción escolar.

Sin duda, hace falta investigación que indague y profundice en las diversas variables que afectan el rendimiento académico y la permanencia educativa, a través de la cual surjan propuestas de solución efectivas.

Por ahora, toca atender las necesidades latentes y manifiestas de los estudiantes o la demanda de tutores, quienes, de acuerdo con lo expuesto, recurren a la solicitud de servicios psicológicos para intervenir los problemas familiares, emocionales y psicológicos que consideran están impactando en el rendimiento académico de los estudiantes.

Por lo tanto, los programas de tutoría han de tener cada vez más en cuenta que el abandono escolar y el bajo rendimiento académico surgen en un contingente de variables entre las cuales están los problemas emocionales y psicológicos, por lo que para su adecuada labor habrá de tener en cuenta, actividades que promuevan la salud emocional y mental de los tutorados.

Por último, cabe mencionar que resulta apremiante realizar las evaluaciones pertinentes al funcionamiento del programa, de tal forma que se observen los mecanismos, estrategias, herramientas y actividades de mayor impacto en el alcance de objetivos del Programa, que permita el incremento en la eficiencia de éste.

REFERENCIAS

- Abud, G. (1994). *Aprendizaje compartido: Alternativa de solución al problema de la reprobación en el nivel medio superior*, Tesina de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Becerra G., C. y Reidl, L. (2015). “Motivación, autoeficacia, estilo atribucional y rendimiento escolar en estudiantes de bachillerato”, *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 17(3), 79-93.
- Bisquerra, R. (2001). *Educación emocional y bienestar. Educación emocional y en valores*. 6ª ed., España, Ed. Wolters Kluwer.
- Castro Solano, A. (comp.). (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*, Barcelona, Paidós.
- Cruz, G., Chehaybar E., y Abreu F., (2011). *Tutoría en educación superior: una revisión analítica de la literatura*, *Revista de Educación Superior*, Vol. XL (1), No. 157.
- Estrada, C., M., Ballesteros, S., Y., Villavicencio, B., R., (2013). *La tutoría a distancia como estrategia para enfrentar los retos de la educación superior en el entorno digital*, Congreso Iberoamericano “La Educación ante el nuevo entorno digital”, UNED.

- García C., M., Díaz F., M. (2013). *Evaluación del Programa Institucional de Tutoría Académica en la Licenciatura de Químico Farmacéutico Biólogo en la Facultad de Química de la Universidad Autónoma del Estado de México*. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma del Estado de México
- Goicovic, I. (2002). *Educación, deserción escolar e integración laboral juvenil*. Última década, número 16. Centro de Investigación y Difusión Poblacional de Achupallas.
- Gómez-Collado, M., E., (2012). “La percepción de los estudiantes sobre el Programa de Tutoría Académica”, *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, núm. 58, México, UAEM.
- González P., García P., (2019). *Debates en Evaluación y Currículum*/Congreso Internacional de Educación: Evaluación 2018 /Año 4, No. 4.
- Gaceta Universitaria Núm. 155 (mayo, 2008). Época XII, Año XXIV Lineamientos del Centro de Estudios Psicológicos Integrales de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México. http://web.uaemex.mx/abogado/doc/0066%20CESPI_FACICO.pdf recuperado el 06 de noviembre de 2019.
- Krichesky M., Molinari A., Weisberg V., Cappellaci I., (2008). *Proyectos de orientación y tutoría; enfoques y propuesta para el cambio en la escuela*, Paidós.
- Laredo, J. y Saldaña, J. (2005). *Tutoría Académica en el Nivel Medio Superior*, Colección Temas de Educación, Universidad Autónoma del Estado de México. Manual de tutoría académica UAEM <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/63248/Recursos+Institucionales+para+la+Tutor%EDa+Acad%E9mica.pdf;jsessionid=FF8C1077D8BF8C309BFF24D7A2652F75?sequence=1> recuperado el 27 de septiembre de 2019
- Martín, X., Puig, J., Padrós, M., Rubio, M., Trilla, J. (2012). *Tutoría, técnicas y recursos*, Madrid, Alianza Editorial.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2017). Diagnóstico de la OCDE sobre la estrategia de competencias, destrezas y habilidades de México. <https://www.oecd.org/mexico/Diagnostico-de-la-OCDE-sobre-la-Estrategia-de-Competencias-Destrezas-y-Habilidades-de-Mexico-Resumen-Ejecutivo.pdf> Recuperado el 28 de octubre de 2019.
- OCDE (2019). Higher Education in Mexico: Labour Market Relevance and Outcomes, Higher Education, OCDE Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264309432> Recuperado el 30 de octubre de 2019.
- Página Web, Facultad de Ciencias de la Conducta <http://www.facico-uaemex.mx/2018-2022/cespi.html>
- Rodríguez, S. (2004). *Manual de tutoría universitaria*, Barcelona, Octaedro.

- Romo, A. (2011). *La tutoría: una estrategia innovadora en el marco de los programas de atención a estudiantes*, Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, Dirección de Medios Editoriales.
- Rosales P., B. (2017). *La comunicación interpersonal en la tutoría académica, un caso de estudio*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UAEM.
- Secretaría de Educación Pública (SEP). Estadística del sistema educativo mexicano, ciclo escolar 2016-2017 http://snie.sep.gob.mx/descargas/estadistica_e_indicadores/estadistica_e_indicadores_educativos_15MEX.pdf Recuperado el 29 de octubre de 2019
- Seligman M. (2016). *Florecer. La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*, Madrid, Océano exprés.
- Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) (2016). *Manual de Tutoría, Versión digital 1.0* <https://www.sita.uaemex.mx/tutoria/recursos/ManualTutoresR04.pdf>

PROPUESTA DE EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD PSICOLÓGICA DEL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

*Alejandra Moysén-Chimal, Gloria Margarita Gurrola-Peña,
Patricia Balcázar-Nava, Martha Cecilia Villaveces-López,
Elizabeth Estrada-Laredo, Alejandro Gutiérrez-Cedeño,
Luis Javier Villegas-López*

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Se realiza una propuesta para prevenir y atender problemas que involucran a los estudiantes en cuanto a su salud mental, a través de diferentes momentos, el primero es la evaluación con diferentes pruebas psicométricas que permitan tener indicadores de la salud mental y algunos elementos de ideación suicida. A partir de los resultados obtenidos se busca canalizar a aquellos alumnos que se encuentren con algunos elementos de riesgo para poder prevenir, y aquellos alumnos que no presenten riesgo puedan incorporarse a un programa de educación positiva, con el propósito de conocer y regular sus emociones, sus fortalezas de carácter y tener estilos de vida saludables que los lleven a un bienestar psicológico y social.

ABSTRACT

The purpose of this document is to make a proposal to prevent and address problems that involve students in mental health, through different moments, the first is the evaluation with different psychometric tests that allow to have indicators of mental health and some elements of suicidal ideation. Based on the results obtained, the aim is to channel those students who encounter some elements of risk in order to prevent, and those students who do not present risk can join a Positive Education program, with the purpose of knowing and regulating their emotions, their character strengths and have healthy lifestyles that lead to psychological and social well-being.

La época universitaria puede ser un tiempo de grandes logros, para un número creciente de jóvenes es un periodo difícil y problemático ya que a pesar de los muchos acontecimientos normales de desarrollo, los problemas psicológicos a menudo surgen en estos años. De hecho, en la última década, las comunidades universitarias se han visto afectadas por algunas emergencias tan graves que sus efectos han reverberado mucho más allá de las puertas de los Organismos Académicos (Iardvici, 2014).

Por lo anterior es necesario reconocer que esta población puede tener necesidades únicas de salud mental y que se necesitan acciones coordinadas para brindar una atención óptima. Es por ello por lo que el presente proyecto tiene como finalidad prevenir y atender problemas e involucrar a los estudiantes en nuevas direcciones de salud mental en la UAEMéx.

De acuerdo con el Plan Rector de Desarrollo Institucional (PRDI) 2017-2021, el proyecto transversal de “Comunidad sana y segura”, plantea como objetivo general: promover la salud, la seguridad y la protección civil como fundamento de la formación integral de los alumnos y el desarrollo profesional de docentes y trabajadores.

Para su cumplimiento se vuelve una prioridad crear un ambiente que promueva la salud mental y reducir la aparición de problemas psicológicos, por lo que es necesario que se estimule una gran transformación sistémica, al mismo tiempo que se destaquen los recursos para apoyar a aquellos que actualmente se esfuerzan por mejorar la vida de los estudiantes (PRDI 2017-2021). Esta agenda ambiciosa requiere la atención de todos los involucrados en la educación pública; por lo tanto, los involucrados en el proyecto deben ser los líderes, administradores, personal de apoyo estudiantil, docentes, personal de los centros de atención, investigadores, personas involucradas en la capacitación del personal y responsables de las políticas universitarias.

Una educación de calidad es la misión de las universidades y los líderes de las instituciones lo señalan cuando se les pide que hagan algo más, especialmente con respecto a la salud mental; sin embargo, reconocen que los estudiantes más saludables aprenden y funcionan mejor. El problema reside en que las presiones predominantes se han concentrado cada vez más en las prácticas de instrucción, en detrimento de todas las cuestiones que no se consideran directamente relacionadas con la elevación de los puntajes de las pruebas de rendimiento (Adelman y Taylor, 2010).

Si bien es cierto que la promoción y atención a la salud de los estudiantes se encuentra incluida implícitamente en la misión de la universidad, esta agenda debe quedar clara como un elemento que ayude a cumplir dicha misión. Con este fin,

los responsables y líderes del mejoramiento universitario deben transformar los programas y servicios de apoyo que ya poseen y operan. Tal transformación debe basarse en marcos bien concebidos y amplios para desarrollar un sistema integral para abordar problemas y mejorar el desarrollo saludable de los jóvenes.

La aproximación, desde la perspectiva de la salud mental, es suficientemente amplia para coordinar los esfuerzos del personal universitario, ya que, tanto desde la perspectiva de promover el bienestar, como de minimizar los problemas psicológicos, los profesionales escolares claramente tienen un papel importante que desempeñar. Lo anterior se destaca cuando se aprecia el significado completo del concepto de salud mental y toda la gama de factores que conducen a su problemática (Iardvici, 2014).

Inicialmente, la tendencia a reducir la salud mental a enfermedad, llevó a definirla como la ausencia de problemas dejando de lado dos hechos: 1) el comportamiento, el aprendizaje y los problemas emocionales experimentados por la mayoría de los jóvenes provienen de factores socioculturales y económicos y no de la psicopatología, y 2) tales problemas a menudo pueden contrarrestarse mediante la promoción del desarrollo social, emocional, prevención e intervención.

Se concibe la salud mental como un estado de bienestar y la capacidad de funcionar frente a las circunstancias cambiantes (Medicine Institute, 1994) o de manera más amplia como un estado de bienestar, en el cual el individuo se da cuenta de sus habilidades y que puede lidiar con las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y puede hacer contribuciones a su comunidad (World Health Organization, 2004).

Dada esta visión positiva de la perspectiva de salud mental, su promoción, dentro de los espacios universitarios, debería considerarse como uno de los objetivos de toda la educación pública. Las conductas relacionadas con la salud, los estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento han demostrado relevancia en cuanto a la historia natural de las enfermedades (Oblitas, 2006). La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo, la cual hace énfasis en el desarrollo de potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas (Labiano, 2010).

La psicología positiva es el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas. Se enfoca en las fuentes de la salud psicológica en la que se estudian tanto las dificultades como las fortalezas y recursos de las personas, es una psicología

que incluye tanto los problemas como lo que funciona bien (Tapia *et al.*, 2012). La psicología, en el siglo XXI, debe ocuparse de estudiar cómo se potencian las cualidades positivas que todos los seres humanos poseen (Seligman, 2000). La psicología positiva pone un énfasis especial en ayudar a resolver los problemas de salud mental y brindar alcances para obtener una óptima calidad de vida y bienestar (Tapia *et al.*, 2012).

No obstante, los intentos de trabajar la noción de salud desde la promoción y el desarrollo de aspectos positivos es uno de los objetivos centrales y transversales en los programas de educación superior, la realidad es que existen dificultades y una serie de problemáticas que habrán de atenderse de manera inmediata. Como ejemplo, el fenómeno del suicidio, que entre la población juvenil ha ido en incremento y que es uno de los focos rojos que debe atenderse dentro de los espacios universitarios. Para justificar su atención, a continuación se indicarán algunas de las cifras que sustentan la problemática.

A nivel mundial, más de 800 mil personas mueren al año a causa de suicidio, lo que significa que una persona muere cada 40 segundos. Cabe mencionar que por cada suicidio consumado, existen múltiples intentos fallidos previos (se han reportado hasta 25); de hecho, el intento de suicidio previo es el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado (Secretaría de Salud, 2017).

De acuerdo con Merino, Torreblanca y Torres (2017: 141) “desde 1990 hasta 2015, se suicidaron en México 104 mil personas, 83 de ellas fueron hombres y de éstos, 72 % tenían menos de 44 años; así, casi 62 mil hombres jóvenes se quitaron la vida en 26 años. En términos absolutos, en los noventa se suicidaban en promedio cada año 2 731 personas. La tasa por cada 100 mil personas pasó de 2.4 a 5.4 en el periodo”.

“La tendencia registrada de la mortalidad por suicidios en el país va en aumento, y se ha llegado a niveles más preocupantes; en efecto, los datos de los años 2015 y 2016, registrados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), muestran indicadores de 6 425 y 6 370 casos, respectivamente” (México Social, 2016, párr. 2).

De acuerdo con datos de 2016, de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en promedio se registran 1 500 suicidios por año, aunque la tasa ha incrementado. En 2000, la tasa era de 3.7 casos por cada cien mil personas, mientras que en 2014, el índice incrementó a 4.9 por cada cien mil habitantes (Cruz, 2017).

Para Cruz (2017), los datos revelan que el grupo poblacional con la mayor tasa de suicidio en México está en el rango de edad entre los 20 y los 24 años, le sigue el

grupo entre 15 y 19 años y el tercer grupo, entre 25 y 29 años, por lo que el grupo más vulnerable está entre los 15 y 29 años.

Cabe destacar que de acuerdo con México Social (2016), el Estado de México registró la cifra más alta en suicidios consumados, con 4 271 casos, frente a la entidad con menos registros, que es Tamaulipas, 1 124, lo cual representa un fenómeno que debe ser atendido por las dimensiones de la problemática.

Se comentó en párrafos anteriores, que por cada suicidio consumado, existen intentos fallidos, por lo que se debe estudiar la ideación suicida, con la finalidad de evitar llegar a la siguiente etapa, que es la consumación.

La ideación suicida es una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introducen sin razón (Silva, 2005). Es un fenómeno de carácter multifactorial. La ideación puede ser la primera fase de una conducta que termina con la vida, aunque se reconoce que no es necesario pasar por todas las etapas:

1. Ideación suicida. Consiste en pensamientos de terminar con la propia existencia (Pérez, 2004).
2. Intento de suicidio. También denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte, en el cual un individuo se hace daño a sí mismo, también llamado suicidio fallido (Córdova *et al.*, 2007).
3. El suicidio consumado. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte (Córdova *et al.*, 2007).

Para Pérez (1999), la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir. Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y es puerta de entrada a la ideación suicida. Son comunes las siguientes expresiones: “La vida no merece la pena vivirla”, “Yo lo que debería es morirme”, “Para vivir así es preferible estar muerto”.
- La representación suicida. Consiste en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo, imaginarse ahorcado).
- La idea suicida sin un método determinado. Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso, el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.

- La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún. Es cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde que, de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.
- La idea suicida con un método determinado sin planificación. El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.
- La idea suicida planificada o plan suicida. El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida y es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumir el suicidio con éxito (Pérez, 1999).

Por otra parte, los factores asociados con la ideación suicida son:

Factores individuales

- Autoestima baja (Sarmiento 2011).
- Depresión (Sarmiento, 2011; González-Forteza *et al.*, 2001; Cubillas *et al.*, 2012; Coffin *et al.*, 2011).
- Consumo de sustancias (Córdova *et al.*, 2007).

Factores familiares

- Estilo parental negligente (Sarmiento, 2011).
- Conflictos con los padres (Sarmiento, 2011).

Otros factores:

- Abuso sexual en cualquier época de la vida (González-Forteza *et al.*, 2001).

En la Tabla 1 se muestran, a manera de resumen, los factores de riesgo, divididos en individuales, familiares y contextuales y algunos otros indicadores, tomando en cuenta estudios realizados por Córdova *et al.* (2007), González-Forteza *et al.* (2001), Sarmiento Silva y Aguilar Villalobos (2011). Cabe hacer mención que se considera que si los diferentes factores de riesgo se van sumando entre sí, dan mayor posibilidad de que la persona lleve a cabo el suicidio.

Tabla 1
Factores de riesgo son todos los elementos que pueden favorecer el intento suicida

<i>Factores individuales</i>	<i>Factores familiares y contextuales</i>	<i>Otros factores</i>
Edad	Factores sociofamiliares y ambientales	Medios de comunicación escrita, visual y en radio
Género	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico, educativo y situación laboral • Religión • Apoyo socio familiar 	
Fracaso escolar	Historia familiar previa al suicidio	Orientación sexual, confusión de identidad sexual
Factores genéticos y biológicos	Eventos vitales estresantes	Acoso o <i>bullying</i> escolar
Enfermedad física o discapacidad	Violencia familiar	Exposición a videos, películas, animados, con altos contenidos de violencia
Factores psicológicos	Antecedentes de suicidio en la familia	Fácil acceso a armas
Conductas agresivas, ira, rabia		
Altos niveles de estrés	Padres depresivos con tendencias suicidas	Fácil acceso a medicamentos, y sustancias tóxicas
Deficiente autocontrol	Falta de unión familiar	Poco acceso a servicios de ayuda.
Aislamiento, soledad	Retiro de apoyo emocional y económico	Acceso a medios letales
Intentos previos de suicidio	Expectativas poco realistas de la vida	Estigma negativo a la solicitud de ayuda
Fascinación por la muerte	Abuso de drogas	Evento suicida de un amigo
Trastornos mentales: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión • T. Bipolar • T. Psicótico • T. Abuso alcohol y sustancias • T. Ansiedad • T. Conducta Alimentaria 	Abuso de alcohol	Muerte inesperada de un ser querido
Trastornos de personalidad, impulsividad y agresión	Efectos de contagio (suicidio, colectivo o grupal).	Problemas legales

Fuente: Cordova *et al.* (2007), González-Forteza *et al.* (2001), Sarmiento Silva y Aguilar Villalobos (2011).

En la Tabla 2 se presentan algunos factores protectores que previenen que las personas cometan suicidio, tomando en cuenta algunos aspectos individuales, familiares y sociales (Iardvici, 2014; Luna Bernal, 2012; y Medicine Institute, 1994).

Tabla 2

Factores de protección que proporcionan herramientas para impedir una situación de riesgo

<i>Individuales</i>	<i>Familiares</i>	<i>Sociales</i>
Autonomía	Calidez	Estímulos adecuados
Proyección social	Bajo nivel de discordia	Reconocimiento
Valores y sentido de vida	Apoyo familiar	Pertenecer a grupos culturales, deportivos, artísticos.
Habilidades de comunicación	Comunicación familiar	Redes de apoyo
Asertividad	Interés	Espacios de apoyo y recreación.
Habilidades sociales	Reconocimiento	Acceso a servicios de ayuda.

Fuente: (Iardvici, 2014; Luna Bernal, 2012; y Medicine Institute, 1994).

La UAEMéx no está exenta de la problemática social sobre la salud mental de sus alumnos, y aspectos relacionados con ideación o intención suicida, que como se mencionó anteriormente, ha cobrado relevancia para su atención, además de preocupación por tener programas que ayuden a la prevención y cuidar el bienestar de su comunidad estudiantil. Razón por la cual se propone en este documento trabajar un Programa de Salud Integral del Estudiante Universitario, como una estrategia transversal que involucre:

1. Atención prioritaria de factores de riesgo a través de la detección, tales como: depresión, ansiedad, hostilidad, conflictos parentales, autoestima, situaciones estresantes, consumo de alcohol o drogas.
2. Promoción de la salud mental: a través de la información y capacitación del estudiante en el desarrollo de las habilidades socioemocionales, fortalezas de carácter y desarrollo de habilidades sociales.
3. Prevención de la salud mental: se orienta hacia las acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo y del monitoreo y evaluación continua del propio Programa y del seguimiento académico de los estudiantes.
4. Estilo de vida saludable: alimentación, actividad física, actividad cultural e información sobre la sexualidad.

Así, la comunidad universitaria, hablando de autoridades, coordinadores de programas educativos, docentes, tutores y orientadores, se convierte en protagonista de acciones tales como: detección, acompañamiento, canalización y dirección de la problemática, a través del establecimiento de una red institucional que encamine su quehacer al logro del bienestar integral del estudiante.

Para abordar el Programa de Salud Integral del Estudiante Universitario, se consideran dos momentos:

- La sensibilización y
- La ejecución de la estrategia transversal

El primer momento es de carácter preparatorio, las actividades programadas estarán centradas fundamentalmente en actividades educativo-promocionales, se sentarán las bases que permitan desarrollar el programa articulando el trabajo con las instancias y actores universitarios.

- a) Equipo de trabajo: CESPI, Cuerpo Académico Clínica y Familia, licenciaturas en Psicología, Trabajo Social, Educación y Psicología.

Una vez que se ha realizado el análisis e interpretación de datos que aporten hallazgos para lograr el diagnóstico que permitan la interpretación de la realidad de cada espacio académico, el equipo de trabajo mencionado comenzará con acciones tales como: la atención, tratamiento y seguimiento en el ámbito individual o grupal de la salud mental.

- b) Realizar una campaña de sensibilización con toda la comunidad, a través de los medios digitales e impresos dando a conocer el Programa de Salud Integral Universitaria, que permita identificar las alteraciones afectivas y comportamentales que más frecuentemente se relacionan con el riesgo suicida y que en los alumnos pueden ser alertas de atención tales como: cambios bruscos y extraños de personalidad, generalmente en el cuidado y arreglo personal, comportamiento violento y/o hacia sí mismo, lesiones autoadministradas, deterioro inusual del rendimiento académico, consumo de sustancias tóxicas, especialmente de alcohol con patrón de abuso, pérdida de interés por los asuntos cotidianos, mensajes abiertos o encubiertos de muerte o despedida, alteraciones en los hábitos de dormir o de comer, cambio repentino en su estilo de interacción afectiva.

Medios: redes sociales, impresos y medios de comunicación.

En un segundo momento se llevará a cabo la ejecución de la estrategia transversal, de la siguiente manera:

1. Atención prioritaria de factores de riesgo
2. Promoción de la salud mental
3. Prevención de la salud mental
4. Estilo de vida saludable

Cada una de ellas se desarrolla a continuación.

Con respecto a la atención prioritaria de factores de riesgo, se realizará inicialmente una valoración que incluye:

- Tamizaje de la población en general
- Evaluación diagnóstica de ideación y/o intención suicida
- Canalización. Esta etapa se trabaja con el CESPI y tutores

Para el tamizaje de la población en general utilizarán los instrumentos de forma automatizada, con el propósito de realizar una detección oportuna de aquellos estudiantes que pudieran estar en peligro debido a que cubren un perfil de riesgo.

- Datos sociodemográficos (documento inédito)
- SCL-90-R (Symptom Checklist- 90 R) (Derogatis, 1977)
- Autoestima (Rosenberg, 1965; citado por Jurado *et al.*, 2015)
- Lista de eventos estresantes (documento inédito)
- Ideación suicida (Roberts, 1980)

Se administrará a todos los estudiantes del nivel medio superior y superior. Cabe mencionar que los estudiantes mayores de 18 años, de aceptar su participación lo indicarán en la carta de consentimiento.

Para cuidar la ejecución de la estrategia, se aplicará el tamizaje inicialmente a un espacio académico con una matrícula de 3 000 estudiantes al inicio del semestre 2018B, posteriormente se aplicará a todos los espacios, programando, de manera mensual, para lo cual se realizará un calendario de aplicación, para que haya coordinación con el organismo académico, los tutores y la Facultad.

Cabe hacer mención que en el caso de los estudiantes menores de 18 años se debe tener una estrategia con los directivos de las escuelas preparatorias, para tener la autorización de los padres de familia.

Todos los participantes se trabajarán en dos grupos:

- No riesgo
- Riesgo moderado y alto

En el primer caso, No riesgo, se propone realizar una valoración anual con ellos, con el propósito de dar un seguimiento, así como trabajar la prevención, donde se desarrollarán habilidades emocionales, fortalezas de carácter y habilidades sociales.

En caso de que el resultado obtenido en la aplicación derive en riesgo alto, automáticamente el sistema le presentará al estudiante la siguiente valoración:

- Conductas de riesgo (documento inédito)
- Intención suicida (escala de riesgo suicida o impulsividad)
- Escala de depresión (CES-D10)
- Escala de Conflicto Familiar en la Adolescencia (ECFA)

El tiempo total de la valoración es de aproximadamente 45 minutos.

En el caso de corroborar la ideación e intención suicida se propone realizar la canalización inmediata, a través de los tutores u orientadores educativos, por lo que se les capacitará sobre el algoritmo para el riesgo de suicidio: canalización. De la siguiente manera:

Una vez teniendo el indicador de alerta sobre conductas de riesgo alto, éste será enviado directamente en el sistema de tutoría (SITA), será visualizado por el tutor y juntamente con las autoridades del espacio académico lo canalizarán mediante un formato único, al módulo de atención psicológica que estará ubicado estratégicamente en zonas de nuestra Universidad (CU, Salud, Cerrillo, Valle de México, Tejupilco y Plantel, y CESPI) para que éste reciba contención y estabilidad emocional, una vez atendido de primera instancia, el terapeuta, de acuerdo con su experiencia clínica, determinará el seguimiento del estudiante, ya sea en atención terapéutica, o bien, remitido a alguna institución de salud en nuestra entidad, previo convenio de colaboración.

En relación con la promoción de la salud mental:

Por medio de un programa permanente se informará y capacitará a los estudiantes de nuevo ingreso en el desarrollo de las habilidades socioemocionales y de resiliencia; generando factores de protección, los cuales se podrán observar mediante el comportamiento de los estudiantes, en las sesiones de la Tutoría y en su desempeño académico, detectando los índices de reprobación, para ello también se cuenta con el programa Apoyo Académico. Asimismo se contempla que, dentro de la formación de nuestros alumnos de Estancia Integral Profesional, éstos se distribuirán en los planteles y espacios académicos con la finalidad de atender a los estudiantes en primeros auxilios para valorar la canalización a los módulos. El distintivo será una playera con la leyenda “ESTOY PARA AYUDARTE”, Programa de Salud Integral.

En cuanto a prevención de la salud mental:

Se orienta hacia las acciones de detección, control y debilitación de los factores de riesgo y los mecanismos que la generan, a través del monitoreo, activando la posibilidad del Call Center para estudiantes y de la evaluación continua y formativa del programa.

Se propone la capacitación de los tutores, coordinadores de grado y orientadores en:

- Detección oportuna de riesgos suicidas
- Prevención y primeros auxilios psicológicos
- Identificación de conductas de riesgo
- Apoyo psicológico

Más allá de la función de los tutores, orientadores educativos y estudiantes de psicología se llevará un proceso formativo con fundamento general de la terapia breve y cognitivo conductual. La hemos seleccionado por ser un tipo de intervención centrada en la persona, en la cual se busca inducir la toma de conciencia y favorecer la toma de decisiones en el consultante con el fin de realizar cambios actitudinales y comportamentales que favorezcan su calidad de vida (Pérez, Valderrama, Cervera y Rubio, 2006; Stiles, Leiman, Shapiro, Hardy, Markham, Detert y Llewelyn, 2006), el terapeuta que elija esta terapia debe desarrollar, en conjunto con el consultante, una serie de procesos y pasos que permitan el logro de los objetivos de las intervenciones breves. En este sentido, Miller y Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES (por sus siglas en inglés: Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Selfefficacy): retroalimentación, responsabilidad, asesoramiento, menú, empático, autoeficacia, que consiste en:

- Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
- Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
- Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.
- Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio.

Es decir, se realiza una reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, modificaciones emocionales, conceptuales y la puesta en práctica de nuevas modalidades de pensamientos y conductas, colaboran en mejorar el estado de los pacientes mediante cambios en los procesos mentales y de conducta.

Para llevar a cabo todo lo anterior, se propone realizar tutorías con la coordinación y logística de la Dirección de Apoyo Académico a estudiantes y egresados.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Fomentar hábitos saludables de vida mediante pláticas, conferencias y talleres sobre alimentación, actividad física, actividad cultural, uso positivo de las tecnologías de la información y de la comunicación, prevención en el consumo de sustancias adictivas y sexualidad, cuidados y prevenciones.

Para lo cual se requiere un dossier informativo que establezca las acciones que cada instancia podrá desarrollar en pro de que el estudiante adquiera hábitos saludables.

CONCLUSIONES

En el contexto de las instituciones educativas es necesario contar con programas de prevención, cuyo propósito sea apoyar en la formación integral de los estudiantes, donde no sólo se centren en lo formal que está establecido en un plan de estudios. Voltar a ver a los jóvenes como seres humanos que no sólo van a un espacio a aprender, sino que también tienen su propia vida, sus problemas, conflictos o satisfacciones, además de sus propias metas y motivaciones.

Para crear esos programas es necesario contar con una base teórica que sustente el programa y sirva de apoyo para su implementación y trabajo.

Para poder trabajar con los jóvenes, se propone partir de una evaluación que sirva de detección temprana de algunos indicadores relacionados con la salud mental de los estudiantes.

Una vez que se cuente con esta detección es necesario trabajar con una pronta intervención en el caso de ser necesario, para lo cual se requiere canalizar a los espacios que estén capacitados para dar una orientación psicológica. Pero también es necesario prevenir y desarrollar aquellas áreas de fortaleza con que cuentan los estudiantes.

De manera particular, la propuesta para la prevención está sustentada en un programa de habilidades socioemocionales por medio de la educación emocional. A nivel internacional existen diferentes programas que se han aplicado y demostrado que éstos impactan en el rendimiento escolar, embarazos no deseados, consumo de drogas, entre otros. Además, es necesario trabajar integralmente con los estudiantes para concientizar en ellos la importancia de tener estilos de vida saludables (física y mental).

REFERENCIAS

- Adelman, H. S. & Taylor, L. (2010). *Mental Health in Schools*. New York: Skyhorse Publishing.
- Coffin, N., Álvarez, M. y Marín, A. (2011). “Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio piloto”. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/rep/article/viewFile/28911/26864>
- Córdova, M., Rosales, M. P., Caballero, R. y Rosales, J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf>
- Cubillas, M. J., Román, R., Valdez, E. A. y Galaviz, A. L. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud mental*, 35(1), 45-0. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223290007.pdf>
- Cruz, F. (2017). “Alertan alza en suicidios, jóvenes los más vulnerables”, *El Excelsior*, 2 de abril de 2017.
- Derogatis, L. & Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study of construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/10974679/1977/33/4>
- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Vignau Brambila, L. E. y Ramírez Villarreal, C. (2001). “El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes”. *Salud Mental*, 24(6), 16-25. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262403.pdf>
- Iardvici, D. (Ed.) (2014). *Mental Health Issues and the University Students*. Baltimore, Maryland.: Johns Hopkins University Press.
- Jurado Cárdenas, D., Jurado Cárdenas, S., López Villagrán, K. y Querevalú Guzmán, B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 5(1), 18-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283046027004.pdf>
- Labiano, M. (2010). “Fundamentos de la Psicología de la Salud”, en G.L.A. Oblitas. *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, México, Cengage Learning.
- Luna Bernal, C. (2012). “Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres”. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 77-85.

- Medicine Institute (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington, D. C., National Academy of Sciences.
- Merino, J., Torreblanca, C. y Torres, M. (2017), “México tiene un máximo histórico de suicidios”. *Nexos*, agosto 1. Disponible en [https://\(.nexos.com.mx/?\)p=141](https://(.nexos.com.mx/?)p=141)
- Miller, W.R. y Sánchez, V.C. (1994). “Motivar a los adultos jóvenes para el tratamiento y el cambio de estilo de vida”, en G.S. Howard & P.E. Nathan (eds.), *Uso indebido y uso indebido del alcohol por parte de adultos jóvenes* (págs. 55–81). Prensa de la Universidad de Notre Dame.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud*, México, Plaza y Valdés Editores.
- Pérez, B. S. A. (1999). “El suicidio, comportamiento y prevención”. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
- Pérez, B. S. A. (2004). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?* Psicología en Línea. Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/como-evitar-el-suicidio.pdf
- Pérez, J., Valderrama, J., Cervera, G. y Rubio, G. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/014662167700100306>
- Revista México Social (2016), Suicidio, uno de los retos de 2018. Disponible en <http://www.mexicosocial.org/index.php/81-arts-destacados-home/294/suicidio-uno-de-los-retos-del-2018>
- Roberts, E. (1980). Reliability of the CES-D Scale in Different Ethnic Contexts. *Psychiatry Research*, 2, 125-134. Recuperado de <https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/98561/v01n3p385.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sarmiento Silva, C. y Aguilar Villalobos, J. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(1), 25-30. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Carolina-Sarmiento-Silva.pdf>
- Secretaría de Salud (2017). *Guía práctica para la atención al paciente con conducta suicida en hospitales generales*, México, Secretaría de Salud. Disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274735/SAP/Gu_a_Suicidio_HG.pdf
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology: An introduction*. Ame-

- ican Psychologist*, 55 (1), 5-14. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/11946304_Positive_Psychology_An_Introduction
- Silva, Wilburn, V. R. & Smith, D. R. (2005). "Stress, self-esteem, and suicidal ideation in late adolescents", *Adolescence*, 40(157), 33-45.
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D., Hardy, G. H., Markham, M., Detert, N. Y. (2006), ¿Qué dice el primer intercambio? Análisis de secuencia dialógica y asimilación en terapia muy breve. *Investigación en psicoterapia* 16 (4). pp. 408-421. dpi.org/10.1080/10503300500288829
- Tapia, V.A. Tarragona, M. y González, M. (2012). *Psicología Positiva*, México, Trillas.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.

LAS EMOCIONES DEL DOCENTE DENTRO DEL AULA

Richardison Da Costa

Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

Se reflexiona sobre el aspecto emocional de la profesión del docente, sus demandas y exigencias dentro del aula y las respuestas a ellas, tomando en consideración que los alumnos, sean niños, adolescentes o adultos, a menudo llegan a la escuela con carencias emocionales, lo que representa un gran desafío para el docente al enseñar a los alumnos las reglas básicas que rigen las emociones, pero sobre todo él mismo necesita de una preparación en este campo, adquiriendo la competencia de gestionar bien sus propias emociones. Solo entonces, será capaz de desarrollar el despertar emocional de sus alumnos. El equilibrio en este aspecto y el bienestar psicológico son dos condiciones necesarias para una práctica profesional de calidad.

ABSTRACT

This work seeks to reflect on the emotional aspect of the teaching profession, its demands and demands within the classroom and the responses to them, taking into consideration that students, be they children, adolescents or adults, often come to school with emotional deficiencies, which constitutes a great challenge for the teacher to teach students the basic rules that govern emotions, but above all, he himself, the teacher, needs effective emotional preparation, acquiring the competence to manage their own emotions well. Only then will you be able to develop the emotional awakening of your students. Emotional balance and psychological well-being are two necessary conditions for a quality professional practice.

INTRODUCCIÓN

Toda sociedad tiene un sistema educativo, simple o complejo, elemental o avanzado. Para que los hombres sigan produciendo los bienes que necesitan, es fundamental preparar continuamente a los profesionales para todo tipo de trabajos.

Ninguna sociedad podría reemplazarla, si fuera privada de los instrumentos de la cultura que se aprende a manejar en la escuela, que son: lenguaje oral simbólico (expresión de las propias ideas y sentimientos), escritura (registro de ideas y sentimientos), lectura (interpretación de lo que fue grabado), cálculo (medición de lo que está o sucede) y manipulación (trabajo con las manos).

Pero es un error pensar que la educación se restringe a la transmisión de conocimientos y la formación de profesionales. Está orientada, en primer lugar, a la formación de la personalidad de los seres humanos que formarán familias. Necesitan aprender cómo pueden formarlos y cómo pueden enseñarles a educar a sus hijos durante los años en los que permanecerán bajo su responsabilidad. Formar al hombre es el principal objetivo de los educadores; instruir a los estudiantes y formar a los profesionales son los objetivos más importantes de los profesores.

En la práctica, un buen docente pretende desempeñar ambas funciones, la de colaborar en la formación de los rasgos de personalidad de los aprendices (especialmente los de carácter) y llevarlos a adquirir ciertos conocimientos y habilidades para los diferentes tipos de trabajo en los que puedan distribuir sus energías como adultos.

Siempre que los profesionales de la educación sean conscientes de los roles que se espera que desempeñen, los términos educador y maestro pueden usarse para expresar la misma idea general. En el momento en que el docente deje de reflexionar sobre el significado de su trabajo en la formación de la personalidad del niño o adolescente y se limite únicamente a transmitir conocimientos, será un instructor y no un educador (Dorin, 2001).

El alumno es un ser social, al recibirlo en la escuela, se reciben también las experiencias, informaciones, y asimilaciones bien vividas o no. Como todo ser social, el alumno se interesa por el mundo que la rodea y se depara con aspectos positivos y negativos.

Un motivo que se debe tener en cuenta en la reflexión de la dimensión emocional de la docencia es el hecho de que las emociones juegan un papel fundamental en la constitución del sujeto, estando en la base del desarrollo de la psique humana.

Según Vygotsky (2001), al igual que otras funciones psicológicas, la emoción tiene inicialmente su sustrato en lo biológico y califica como función superior en la relación del sujeto con el mundo y en la apropiación de signos culturalmente constituidos. Lo afectivo-volitivo es el motor de toda conducta humana, ya que todo afecto invita al sujeto a una acción, mostrando que la emoción está en la base de la constitución de los modos de sentir, pensar y actuar de los sujetos.

Otro motivo importante es que la docencia se centra en interacciones personales intensas que requieren que los docentes tengan control emocional para ejercer su responsabilidad en el desarrollo de sus alumnos.

Todos los individuos se basan en modelos, a los que van a recurrir cuando se sienten curiosos o depresivos. La escuela debe estar atenta a los cambios de comportamiento, ya que a menudo pueden expresar un pedido de ayuda.

La actitud del profesor y su actuación en el aula pueden disminuir e intensificar los prejuicios de raza, clase, género, entre otros, y eso no deja de ser observado por el alumno, principalmente cuando se trata de niños. Como dice Paulo Freire: “No es posible que el profesor suponga que está pensando bien si al mismo tiempo pregunta de manera arrogante al alumno si él sabe con quién está hablando” (Freire, 1996).

Hay actitudes de los profesores que es mejor evitar, como presentar conductas de tristeza extrema o euforia en clase, o también momentos explosivos de ira a punto de gritar a sus alumnos, señalando que son perezosos, desorganizados, mentirosos, etc., tales conductas evidencian un desequilibrio emocional del docente y causan un incremento de ansiedad y miedo en los alumnos, puede hacer que sus alumnos desarrollen en el futuro problemas con su autoestima, autoconfianza y además que estos alumnos eviten tener un mayor contacto interpersonal por miedo de ser ridiculizados ante los colegas, ocasionando problemas en el desarrollo social de los mismos.

LAS EMOCIONES

Hay elementos que, aunque a menudo no se enumeran en la matriz de los cursos de docencia o no están enlistados entre los contenidos curriculares, son constitutivos del aula y, por eso mismo, merecen la atención de los profesores de todos los niveles de enseñanza. Entre estos elementos, se destaca la emoción. Durante muchos siglos, las

influencias científicas y filosóficas condujeron al hombre a un dualismo cartesiano entre hombre y sociedad, cuerpo y mente, razón y emoción (Brasileiro, 2015).

El estudio de las emociones, en el campo de la educación, es una perspectiva de análisis relativamente reciente. Marchesi (2008) señala que el estudio de las emociones de los docentes se inició de forma tímida en la década de los ochenta, con la intención de demarcar la influencia que las emociones tendrían en el proceso de enseñanza y aprendizaje. A partir de ahí, en la década de los noventa, comienza un intento por comprender el trabajo del docente, para luego analizar las emociones y cómo se ven afectadas durante su desempeño.

En el ambiente escolar, el profesor juega un papel fundamental en la construcción del conocimiento del estudiante. La escuela, así como la familia, tiene la función esencial en la formación de los individuos de una sociedad, de contribuir no sólo en la adquisición de conocimiento, sino también en la construcción de la personalidad del individuo (Caetano, 2013).

Para Damásio (1999), las emociones son conjuntos complejos de reacciones químicas y neurales, determinadas biológicamente y dependientes de mecanismos cerebrales que desempeñan un papel de regulación flexible del funcionamiento corporal y psíquico. Se trata de un sistema dinámico y auto-regulado que permite manejar lo conocido y lo desconocido. Su organización secuencial lleva a un encadenamiento de tomas de conciencia a partir de una expresión de los estados automáticos y percepciones o interpretaciones personales (Freeman, 2002).

Las emociones permiten la activación y el juicio constante, inconsciente y consciente, de las amenazas o de las oportunidades con que la persona se enfrenta a cada momento (Damásio, 1999).

La mayoría de los autores distinguen tres componentes en las emociones: sentimiento, cognición, comportamiento (Scherer, 2001). El sentimiento es la sensación fisiológica, la cognición se compone de pensamientos subjetivos, mientras que la conducta engloba las acciones que acompañan al sentimiento y la cognición de la emoción (Damásio, 1999).

Según Parrott (2001), las emociones se pueden categorizar en seis emociones abstractas básicas (amor, alegría, tristeza, ira, sorpresa y miedo) que pueden subdividirse, según su grado de especificación, en secundarias (por ejemplo, entusiasmo o implicación) y terciarias (por ejemplo, desesperación, desánimo o desilusión). La literatura muestra con creciente claridad cómo las emociones son indispensables para

adaptarse a las transformaciones y tensiones de la vida cotidiana, tan presentes en las escuelas de hoy (Freire, 2014).

La expresión emocional influye y está determinada por la educación. Desde temprana edad, las expresiones emocionales más reflexivas y espontáneas se desarrollan en un aprendizaje de variaciones sutiles e infinitas, por regulación individual, dependiente del temperamento, y por regulación social (Hargreaves, 1998).

En general, no se constata una preocupación consistente en preparar emocionalmente a los profesionales para el nuevo trabajo que de ellos se exige. Así, muchas veces, los aspectos emocionales del profesor son relegados en detrimento de los factores cognitivos, haciendo que la formación docente se vuelva solo a la comprensión intelectual de los términos académicos, dejando de considerar la importancia de las emociones del profesor frente al trabajo realizado en el proceso educativo.

Articular los marcos legales y conceptuales para empoderar a los docentes, en su dimensión emocional, es pertinente, y también es una necesidad sentida por los docentes, como corrobora Estrela (2010: 53) al afirmar que “los docentes saben que es necesario autorregular sus emociones, para evitar el descontrol emocional que pueda tener efectos negativos en su acción pedagógica”. En la escuela actual, se requiere que los profesores tengan nuevas competencias emocionales.

La competencia emocional deriva del concepto de “Inteligencia Emocional” que ha sido muy estudiado por Goleman (2006: 65), que destaca cinco dominios:

- La autoconciencia, conocer las propias emociones, reconocer un sentimiento mientras está sucediendo, es la piedra angular de la inteligencia emocional, crucial para la introspección psicológica y el autoconocimiento.
- Manejar las emociones: lidiar con las sensaciones de manera adecuada es una capacidad que proviene del autoconocimiento.
- Motivarnos a nosotros mismos: movilizar emociones en la búsqueda de un objetivo es esencial para enfocar la atención, la competencia y la creatividad. El autocontrol emocional (posponer la recompensa y superar la impulsividad) es la base de todo tipo de logros.
- Reconocer las emociones de los demás: la empatía, otra habilidad que nace de la conciencia de uno mismo, es la más fundamental de las habilidades personales.
- Manejo de relaciones: el arte de relacionarse es, en gran medida, la capacidad de manejar las emociones de los demás. Están en la base del liderazgo y la eficacia interpersonal.

Goleman (2006: 66) distingue la autoconciencia, el manejo de las emociones y la automotivación, clasificándolas como habilidades personales (intrapersonales), ya que “determinan cómo nos manejamos”, y la empatía y la gestión de relaciones como competencias (interpersonales), ya que “determinan la forma en que tratamos las relaciones”.

EL PENSAR Y EL SENTIR DEL DOCENTE

Para Arantes (2002), pensar y sentir son acciones indisociables, lo que, en el campo educativo, lleva a la autora a contradecir la división histórica culturalmente establecida entre saberes “racionales” y “emocionales”, afirma que en el trabajo educativo cotidiano no existe el aprendizaje que sea meramente cognitivo o racional, pues los alumnos no dejan los aspectos afectivos que componen su personalidad del exterior del aula cuando están interactuando con los objetos del conocimiento, dejando latentes sus sentimientos, afectos y relaciones interpersonales mientras piensan.

En cuanto a los docentes, Masetto (2002: 23) afirma que: “Cuando el maestro entra al aula para enseñar una disciplina, sigue siendo un ciudadano, alguien que forma parte de un pueblo, una nación [...] Tiene una visión del hombre, del mundo, de la sociedad, de cultura y educación que orienta sus opciones y acciones de manera más o menos consciente”.

En el acto de enseñar, no hay racionalidad libre de emocionalidad. Además, la regulación (o la aparente falta de regulación) de decisiones y acciones en los procedimientos docentes está, en gran medida, sujeta a elecciones y procedimientos que se llevan a cabo tácita o intuitivamente, basados en la familiaridad que el maestro elabora a lo largo de sus experiencias con la enseñanza y el aprendizaje (Wykrota, 2007).

El profesor necesita tener conciencia de que sus actitudes son fundamentales para que se tenga un buen trabajo académico, que, a partir de actitudes de serenidad y respeto, evidencien un buen manejo emocional, teniendo así una mayor probabilidad de motivar positivamente a todos los alumnos y éstos, a su vez, crearán conciencia de que las emociones son sentimientos importantes, que forman parte del cotidiano escolar y que necesitan ser mediadas de manera positiva (Silva, 2012).

LA SERENIDAD Y LA AFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA DOCENTE

De acuerdo con Saltini (1997: 91), la serenidad y la paciencia del educador, incluso en situaciones difíciles, forma parte de la paz que los alumnos necesitan para un mejor aprendizaje.

La serenidad forma parte del conjunto de sensaciones y percepciones que garantizan la elaboración y el manejo de rabias y conflictos. Se conduce al conocimiento de sí mismo, tanto del profesor como del alumno, permitiendo que el profesor quiera bien a sus alumnos. Para Freire (1996: 159-160): “Esta apertura de querer bien no significa estar obligado a querer bien a todos los alumnos de manera igual”.

Significa que la afectividad no asusta, que no hay miedo de expresarla. Representa la apertura al querer bien, la manera que tengo de auténticamente sellar mi compromiso con los educandos, en una práctica específica del ser humano (Freire, 1996).

En realidad, es necesario descartar como falsa la separación radical entre seriedad docente y afectividad. “No es cierto, sobre todo desde el punto de vista democrático, que se es mejor profesor cuanto más severo, frío, distante y “gris” se ponga en sus relaciones con los alumnos, en el trato de los objetos cognoscibles que debe enseñar. La afectividad no se encuentra excluida de la cognoscibilidad” (Freire, 1996).

Para Wallon, según Dantas (1992), la afectividad es un factor fundamental en la constitución del sujeto. Se entiende como un instrumento para la supervivencia del ser humano, pues corresponde a la primera manifestación de la psique, impulsa el desarrollo cognitivo al establecer vínculos inmediatos con el entorno social, abstrayendo de él su universo simbólico, elaborado cultural e históricamente acumulado por la humanidad. En consecuencia, los instrumentos a través de los cuales se desarrollará la mejora intelectual están garantizados irremediablemente por estos vínculos, establecidos por la conciencia afectiva.

Incluso Piaget, que no consideraba el afecto como una fuente de conocimiento y operaciones cognitivas originales, afirmó su innegable papel en la aceleración o en la disrupción de las operaciones de inteligencia: “que hay una interacción constante entre afectividad e inteligencia, hoy nadie sueña con negarlo”. Piaget (1958) reconoció que la distinción entre funciones cognitivas y afectivas era para resaltar lo que a él le parecía de diferente naturaleza, pero afirmó que, en la conducta del individuo, son inseparables: “nunca encontramos un estado afectivo sin elementos cognitivos, ni al revés” (Piaget, 1958).

Santos (2000) defiende la idea de que la educación con objetivos exclusivamente cognitivos se ha mostrado insatisfactoria, pues, a pesar de tantos avances tecnológicos de la televisión, computadoras e internet, utilizados en el proceso educativo, las nuevas generaciones han mostrado creciente falta de competencia emocional y social. La alta tasa de delincuencia juvenil, en todas las clases sociales, desde los más acomodados a los menos favorecidos económicamente, sumados a los factores antes mencionados, es una demostración indiscutible de que los paradigmas educativos actuales, por sí solos, no lograron llevar a la humanidad a un nivel de educación aceptable, de ahí la necesidad de una mayor reflexión sobre ellos.

LA INTERPRETACIÓN DE LA SERIEDAD Y DEL RIGOR

Algunas veces en el ámbito escolar las palabras seriedad y rigor son interpretadas de un modo distorsionado, pareciendo que un docente no debe demostrar afectividad por sus alumnos o tampoco ser flexible con algunas reglas. Un exceso de rigor puede hacer que el docente caiga en una conducta de autoritarismo provocando algunas consecuencias graves, como la ausencia de diálogos, insatisfacción por parte del alumno y del propio docente, etc. El docente puede generalizar el perfil de sus alumnos prejuizgándolos, sin saber o no querer tratar para mejorar la relación entre ambas partes. El hecho de que el docente sea afectivo con sus alumnos no expresa una falta de seriedad o rigor. La seriedad y el rigor están implícitos en la práctica pedagógica basada en la amabilidad y en el diálogo, puesto que dialogar y demostrar amor por los estudiantes no significa infantilizar o dulcificar la educación, ni asumir el papel de “bonachón”.

El profesor que asume su amor por el mundo y por los estudiantes lo demuestra por medio de la seriedad en la planificación de sus clases, de la búsqueda constante de prácticas que promuevan el aprendizaje, del establecimiento de vínculos afectivos saludables, en que todos se sienten acogidos y, por lo tanto, invitados a expresarse.

EL CUIDADO CON LA TRANSFERENCIA

Es importante mencionar que el docente no tiene total dominio y control de lo que está transmitiendo, es cierto que transmite de forma consciente contenidos académicos

y valores, pero muchas cosas pueden estar pasando entre líneas, es decir, sin que él pueda darse cuenta, cosas que vienen de su inconsciente, como, por ejemplo, el descontento o frustración con la profesión.

Esto denota el fenómeno conocido como transferencia, que consiste en un fenómeno que ocurre en todas las relaciones sociales, estando en la consecuencia de la condición hablante del ser humano. Las primeras referencias al término transferencia surgen en la obra de Sigmund Freud.

Kupfer (1992) afirma que, instalada la transferencia, tanto el analista como el profesor se convierten en depositarios de algo que pertenece al analizando o al alumno. En consecuencia, de esa posesión, tales figuras quedan inevitablemente cargadas de una importancia especial.

La transferencia del alumno siempre es ambivalente. Él puede reeditar sentimientos positivos de afecto lo que puede ser llamado de transferencia positiva, o reeditar sentimientos negativos de hostilidad, caracterizando una transferencia negativa. La transferencia de sentimientos hostiles dificultará la concreción de los objetivos de la relación entre profesor y alumno, así, el alumno estará dispuesto a no cooperar con el profesor.

Kupfer (1992) dice que “primero se debe pensar en la transferencia del profesor en relación con el alumno: quien habla hace la transferencia y pone al otro en cierto lugar”. Así como el analista arregla el sentido del habla, al profesor, cabe dar el rumbo de la clase.

EL CUIDADO CON EL ESTRÉS

Se sabe que el estrés es un sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir frustración, furia o nerviosismo, es la reacción del cuerpo a un desafío o demanda. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, como cuando ayuda a evitar el peligro o cumplir con una fecha límite. Pero cuando el estrés dura mucho tiempo, puede dañar la salud (CONADE, 2018).

El contexto educativo puede generar estrés en todos los que lo comparten, resultante del propio ambiente, de las relaciones interpersonales o de las tareas. Cuando esto ocurre en relación con el profesor es el núcleo del tema aquí enfocado, pero no se puede olvidar que se trata, en la mayoría de los casos, de paquetes de

variables interconectadas, pudiendo ocurrir una de potencializar la otra. Ciertamente no es un cuadro fácil de investigar o incluso de intervenir (Witter, 2003).

Lipp (2008) enumera pasos divididos en estrategias útiles para enfrentar el estrés:

- Estrategias educativas: saber lo que es estrés; reconocer el estrés en el cuerpo, la mente y las relaciones interpersonales; identificar las fuentes externas de estrés; identificar también los estresores internos (la fábrica particular de estrés de cada uno).
- Estrategias situacionales: intentar eliminar los estresores posibles de ser eliminados; aceptar los estresores inevitables; reinterpretar los estresores inevitables, es decir, ver el lado positivo de cada estresante esencial en su vida.
- Estrategias de enfrentamiento duradero: aprender a reconocer sus límites; aprender a respetar sus límites; tomar una actitud activa ante la vida; utilizar estrategias de enfrentamiento del estrés, concentrándose en la búsqueda de soluciones y no en las emociones generadas por los estresores; utilizar técnicas de resolución de problemas; asumir la responsabilidad de su vida; aprender a decir “no”; utilizar el apoyo del compañero en el ambiente de trabajo; recordar que nada malo dura para siempre.
- Estrategias de enfrentamiento para mitigar los síntomas: riendo, jugando, fantaseando, usando el sentido del humor; tomar vacaciones mentales, es decir, apagar los problemas durante algunos minutos del día; utilizar técnicas de relajación; alimentarse bien; practicar alguna actividad física.

METODOLOGÍA

Este documento no es producto de un trabajo de investigación en proceso, ni de la sistematización de la práctica docente, sino un escrito de carácter reflexivo (describe y argumenta), que parte de la revisión teórica y la experiencia de trabajo en el servicio, otorgada a partir de la amplia gama de varios años inmersos en la formación psicológica y docente. Y como es necesario ubicarlo en un enfoque metodológico, habría que considerar que se fue perfilando y construyendo a medida que se elaboraba, bajo el enfoque de la vida cotidiana, desarrollado con los aportes de diversos autores.

Considerando que la vida cotidiana es insumo para reflexiones de este tipo; una vez que se aclara, se hace consciente y se “revisa”; debido a volver a “visar” —observar—

o vivir, al recordar, acomodar, relacionar y utilizar para dar explicaciones (argumentos) y realizar sugerencias. Cuando se utiliza este enfoque se hace un cruzamiento de situaciones sociales e historias particulares, en las que por supuesto subyace la subjetividad.

No por eso resta importancia, así como afirma Schön (2000), es posible a través de la observación y de la reflexión sobre las propias acciones, hacer una descripción del saber tácito que está implícito en ellas. Las descripciones serán de diferentes tipos, dependiendo de los propósitos y lenguajes disponibles para tales descripciones.

Se puede hacer referencia, por ejemplo, a las secuencias de operaciones y procedimientos que se realizan; a los indicios que se observan y a las reglas que se siguen; o los valores, las estrategias y los presupuestos que se forman de la propia acción.

La concepción orientada a la reflexión sobre la práctica y en la práctica, promueve una serie de cambios en el perfil del profesional de la educación insertado en el aula que podría, a través de la reflexión y del pensamiento crítico, identificar la actual situación de su práctica como docente, identificando el saber que está siendo construido verificando así su legitimidad, su validez como acto que proporciona conocimientos significativos para los alumnos involucrados.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

En una perspectiva histórico-cultural, se comprende que las emociones son signos internos, anteriores a la valoración racional, que miden la actividad humana. Se pueden considerar como la primera forma de comunicación, ellas presentan un carácter ideomotor y constituyen vivencias afectivas intensas, bruscas y de corta duración, iniciándose por estimulaciones orgánicas, expresándose de forma generalizada y difusa por todo el cuerpo, constituyen, así, un sistema de reacciones del organismo, detonantes de las formas de comportamiento.

Este trabajo surgió de la visible necesidad de investigaciones que comprenden al profesor y al trabajo pedagógico como un todo indisociable entre acciones, pensamientos y emociones.

Un docente sin el equilibrio necesario puede afectar el nivel de estabilidad mental del alumno. La actitud del docente que comprende y logra realizar acciones meditativas de carácter afectivo, tiende a resonar en el aprendizaje del alumno. Medidas asertivas y las posturas proactivas son fundamentales para crear un entorno de aprendizaje saludable.

El profesor es un referente moral y ético para los alumnos. Los sentimientos negativos que interfieren con la motivación, el estado de ánimo, pueden revertirse si se busca gastar energía con acciones proactivas (Silva, 2017).

Aunque la psicología actualmente muestra más interés por el tema de las emociones, es fundamental que el área de la educación realice también sus aproximaciones, revisando las tradicionales premisas cartesianas de valorización exclusiva de los procesos cognitivos, separados de las emociones (Faria, 2018).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La preparación del profesor para la actuación en la educación debe abarcar no sólo la formación intelectual, sino también dirigirse a sus aspectos sociales y emocionales; de hecho, de acuerdo con Vygotski (2004) las reacciones emocionales ejercen la influencia más sustancial sobre todas las formas de comportamiento y los momentos del proceso educativo, en su concepción, la emoción es un objeto de aprendizaje por parte del profesor, para subsidiar su actuación docente y la relación entre profesor y alumno.

Para él, las reacciones emocionales ejercen una influencia esencial en todas las formas de comportamiento y en todos los momentos del proceso educativo, y aunque, si se quiere que los alumnos recuerden mejor o ejerciten más su pensamiento, se debe hacer que esas actividades “sean emocionalmente estimuladas” (Vygotsky, 2004).

Según la revisión de la literatura, el carácter emocional de la labor docente fue muy evidente, marcado por diferentes tipos y grados de emociones positivas y negativas. Estas emociones contribuyen a la realización profesional, reveladas por sentimientos de entusiasmo y gratificación y aparecen principalmente ligadas al contexto del aula.

A pesar de algunas imágenes negativas, los profesores continúan haciendo del alumno el centro de sus preocupaciones y sentido de cuidado. Los sentimientos de cansancio y desánimo, que en ocasiones se asocian a sentimientos de culpa y frustración, están mayoritariamente ligados a un exceso normativo y falta de reconocimiento de la categoría docente.

Se sabe que la escuela es local de relaciones, en la cual profesor y alumno interactúan no sólo cognitivamente, sino que también intercambian experiencias, impresiones, vivencias y emociones. Es un error muy frecuente identificar la educación como una práctica que apunta únicamente a la transmisión de conocimientos acumulados.

Visto en este sentido, solo sería un medio para mantener ideas, técnicas, valores y estándares de conducta social del pasado. Si se quiere educar a las nuevas generaciones de acuerdo con todas las normas de la antigua educación, se estará negando su función principal, que es preparar al ser humano para un momento histórico determinado y provocar cambios en miras a una existencia cada vez mejor de la sociedad.

Así considerada, la educación consiste en un proceso de transmisión y renovación permanente de ideas, valores, técnicas, instrumentos, actitudes y estándares de conducta social (cultura), todo eso permeado por las emociones y los sentimientos (Dorin, 2001).

Mientras la escuela no supere la visión dicotómica tradicional que separa y aísla la cognición de las emociones, no será posible construir una visión integral del profesor y del propio alumno, agentes del aprendizaje. Mientras el profesor sea visto solamente como cerebro, sin espacio para sentir y sentirse, y no reciba una formación sólida sobre las emociones y la importancia del equilibrio emocional, la escuela se cierra a la posibilidad de relaciones más abiertas y auténticas, facilitadoras de relaciones y que se acercan a un sujeto real, que es cuerpo y también mente, que piensa y que también siente.

Una escuela inclusiva necesita integrar a sus sujetos por entero, profesores y alumnos; comprenderlos como seres plenos e integrales poseedores de intelecto y también emoción.

Finalmente, se espera que las reflexiones presentadas puedan ser un atractivo para futuras discusiones sobre el tema, además de proporcionar subvenciones a otros investigadores para maximizar la investigación relacionada con las emociones en la formación del profesorado y los desafíos a afrontar en esta profesión.

REFERENCIAS

- Almeida, A. (2008). *A emoção na sala de aula*. São Paulo, Papirus.
- Arantes, V. (2002). *A afetividade no cenário da educação*.
- Brasileiro, A. (2015). *A emoção na sala de aula: impactos na interação professor/aluno/objeto de ensino*. Estudos da Língua (gem), 12(2), 293.
- Caetano, L. (2013). A importância da afetividade docente para o desenvolvimento cognitivo de educandos das séries iniciais do ensino fundamental.

- Comissão Nacional de Cultura Física y Deporte (CONEADE) (2018). Estrés se combate con deporte y activación física, Boletín 4502 <https://www.gob.mx/conade/prensa/estres-se-combate-con-deporte-y-activacion-fisica>
- Damásio, A. (1999). *O sentimento de si. Mem Martins*. Publicações Europa-América.
- Dantas, H. Piaget, Vygotsky (1992), *Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*, São Paulo, Summus.
- Dorin, L. (2001). *Textos diversos*. Jundiaí, São Paulo.
- Estrela, M. (2010). *Profissão docente - dimensões afectivas e éticas*. Porto: Areal Editores.
- Faria, P. Camargo, D. (2018). As Emoções do Professor Frente ao Processo de Inclusão Escolar: uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 24(2), 217-228. <https://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382418000200005>
- Freeman, W. J. (2002). *How Brains Make Up Their Minds*. Cambridge, University Press.
- Freire, P. (1996), *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 7a. ed. São Paulo, Paz e Terra.
- Freire, I., Bahia, S., Estrela, M., & Amaral, A. (2014). “A Dimensão Emocional da Docência: Contributo para a Formação de Professores”. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, (46-2), pp. 151-171. https://doi.org/10.14195/1647-8614_46-2_8
- Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*, Espanha, Sic Idea y Creación Editorial.
- Hargreaves, A. (1998), “The Emotional Practice of Teaching”. *Teaching and Teacher Education*.
- Hargreaves, A. (1998). “La práctica emocional de la enseñanza”. *Enseñanza y Formación de Profesores*, 14 (8), 835–854. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(98\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(98)00025-0)
- Kupfer, M. (1992), *Educação para o futuro: psicanálise e educação*, São Paulo, Escuta.
- Lipp, M. E. (2008). *O stress do Professor*. 6 ed., Campinas, SP, Papirus.
- Marchesi, A. (2008). *O bem-estar dos professores: competências, emoções e valores*, Porto Alegre, Artmed.
- Masetto, M. (2002). *Docência na universidade*. 4 ed. São Paulo, Papirus, pp. 9-26.
- Parrott, W. (2001). *Emociones en Psicología Social*, Filadelfia, Psychology Press.
- Piaget, J. (1958). *As relações entre afeto e inteligência no desenvolvimento mental da criança*. Centro de Documentação da Universidade. 5 place de la Sorbonne.
- Pomicinski, J. A. (2014). Gestão escolar: uma reflexão sobre a saúde emocional do professor entre o stress e a síndrome de Burnout. *Colóquio Internacional de Educação e Seminário de Estratégias e Ações Multidisciplinares*, 2(1), 217-230.
- Rego, T.C. (2002.). *Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea*. São Paulo, Moderna.

- Saltini, C. J. P. (1997). *Afetividade y inteligência*. Rio de Janeiro, DPA. (91).
- Santos, J. O. (2000). Educação emocional na escola: a emoção na sala de aula. Salvador, Faculdade Castro Alves.
- Scherer, K, & Peper, M. (2001). “Psychological theories of emotion and neuropsychological research”, in F. Bolle & J. Grafman (Eds.), *Handbook of Neuropsychology*. Vol. 5. (pp. 17–48). Amsterdam, Elsevier.
- Shön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre, Artmed.
- Silva, R. F. (2017). As emoções e sentimentos na relação professor-aluno e sua importância para o processo de ensino e aprendizagem: contribuições da teoria de Henri Wallon.
- Silva, O. (2012). Afetividade e aprendizagem: limites e possibilidades. Curitiba, Centro Universitário Barão de Mauá.
- Vygotsky L.S. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem*. 2ª ed. São Paulo, Martins Fontes.
- Vygotski, L.S. (2004). *Psicologia Pedagógica* (P. Bezerra, Trad., 2a ed.). São Paulo, Martins Fontes.
- Wykrota, J. (2007). *Aspectos emocionais de procedimentos de ensino de professores de ciências do Ensino Médio*. 290f (Doctoral dissertation, Tese (Doutorado)–Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte).
- Witter, G. Professor-estresse: análise de produção científica. *Psicol. esc. educ.* [online]. 2003, vol.7, n.1 [citado 2018-11-01], pp. 33-46. em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572003000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8557.

NARRATIVA DE UNA TERAPEUTA PRINCIPIANTE

Ana Elena Hernández-Navarrete

Universidad Nacional Autónoma de México, Iztacala, México

RESUMEN

Los terapeutas hablan preferentemente de sus pacientes, clientes, pero pocas veces narran sus experiencias, escuchan mucho y hablan poco. Unas preguntas inquietantes son por qué eligió esa carrera, qué hace con los pacientes, cómo son sus avances y estancamientos, cómo se forma un terapeuta, cómo se enfrenta a los retos. Aprovecho la ocasión para hacer una reflexión sobre mi vida. La he dividido en capítulos para organizar mis vivencias. Se incluye un aporte de lo vivido con un familiar psiquiátrico y la sobrevivencia de un pariente a la pandemia de COVID-19.

ABSTRACT

Therapists speak preferably of their patients, clients, but rarely narrate their experiences, listen a lot and speak little. Some disturbing questions are why he chose that career, what he does with the patients, how are his advances and stagnations, how one is formed, how one faces challenges. I take the opportunity to reflect on my life as a person, as therapist, as member of my family. I have divided it into chapters to organize my experiences. A contribution from the experience of living with a psychiatric family member and surviving of a family member the Covid-19 pandemic is included.

INTRODUCCIÓN

Cualquier arte, ya sea la música, el baile, la pintura, etc., lleva consigo un poco de la persona que lo realizó; algo de su pasión, de su locura, de su visión, y a veces, un poco de sus creencias. La psicoterapia, vista como un arte, se comporta de la misma

manera, pues plasma, inevitablemente, parte de lo que hay en el terapeuta, en el momento que realiza su obra.

En mi formación y experiencia como terapeuta, he aprendido que lo que nos conforma como personas, como seres vivos, sociales y espirituales, es lo que se da en el espacio terapéutico, es decir, no solo se juega un rol como terapeuta, también entra en juego parte de lo que ocurre con la persona. Por lo tanto, tuve que echarme un clavado a mi historia de vida, y conocer mis profundidades.

Resultó ser una grata experiencia, fue como verme a mí misma desde afuera, como cuando se ve una película, pero esta vez se trataba de mi propia historia. Una práctica muy necesaria por dedicarme a la psicoterapia.

Se necesita echar un clavado a la propia vida para poder acompañar a otro e iluminar la cueva oscura en la que a veces se encuentran las personas.

El terapeuta tiene una gran responsabilidad, pues afecta positiva o negativamente la vida de las personas, los clientes que recibe y que vienen con esperanza de encontrar a una persona experta que los ayude a salir del laberinto cerrado y oscuro en el que se encuentran.

El terapeuta es un factor fundamental en la terapia. La motivación a ser terapeuta es muy variada, influida por aspectos personales, familiares, formativos, experienciales.

La formación del terapeuta depende de diversos factores. El éxito de alcanzar a ser, llegar a ser, permanecer y fortalecer el crecimiento y la excelencia en el trabajo terapéutico es un camino no siempre fácil de transitar, a veces tortuoso.

La formación, mantenimiento y reparación de la alianza terapéutica con los clientes en el proceso de la terapia es un aspecto de gran importancia.

Los factores de éxito en la terapia son múltiples y para cada relación terapéutica diferentes, pues tanto el terapeuta como el cliente son únicos en su personalidad y desarrollo.

Aunque los modelos de terapia son muy diferentes (psicodinámicos, humanistas, conductuales, cognitivos, etc.) por lo menos en las teorías explícitas que sostienen, los terapeutas mantienen elementos personales parecidos que se concretizan en las técnicas básicas que practican como la empatía, la validación, la escucha activa, etcétera.

Así como la persona va cambiando durante todo el ciclo vital, también lo va haciendo el terapeuta durante su ciclo profesional. Ronnesestad y Skovholt (2003) enumeran las siguientes fases en el proceso de la práctica terapéutica: la fase laica, el comienzo de la formación inicial, estado avanzado, fase profesional de novicio; la profesional avanzada y la etapa del retiro.

La fase laica se caracteriza por personas e interacciones espontáneas y de la propia experiencia que no surgen de una formación sistematizada, sino de la vida cotidiana, por lo que se dan consejos, se anima a echarle ganas.

En el comienzo de la formación inicial se van confrontando a la pregunta de si se tendrán las habilidades requeridas para la profesión. Se da mucha importancia a la retroalimentación de los maestros. Con mucho entusiasmo se procura aprender en teoría y de las experiencias que cuentan los maestros. Se aferran a un modelo determinado que les pueda servir de guía segura. En la fase un poco más avanzada siente responsabilidad y se presiona a hacerlo muy bien. Cree que va progresando, pero poco a poco. Practica una autoevaluación exigente e intenta imitar los modelos que les presentan algunos maestros.

En la fase profesional inicial, en los primeros años, aparecen algunas desilusiones pues los clientes no siempre reaccionan como uno espera, los modelos aprendidos no concuerdan algunas veces con la realidad, lo que lleva a menudo a dudar de la formación. En ocasiones se busca un mentor o supervisiones para guiarse con mayor seguridad en el ejercicio complicado de la profesión. Por otra parte, van notando avances que confirman lo aprendido y refuerzan sus habilidades, aunque le falte aún mucha experiencia. En la fase más avanzada cuenta con mayor experiencia, lo que refuerza sus habilidades y la validez de su modelo. Va practicando su flexibilidad independizándose de los maestros y de los modelos con lo que adquiere más seguridad. Se va actualizando con el análisis de la literatura, talleres y congresos. El aprendizaje por reflexión va aumentando sus cualidades profesionales.

En las fases próximas al retiro se pueden dedicar a apoyar a los profesionales más jóvenes. Aparecen pérdidas de algunos maestros admirados. En general, se sienten satisfechos de lo realizado en la profesión. Adquieren más humildad.

Entre los asuntos que van cambiando en el terapeuta, los autores arriba citados enumeran las siguientes perspectivas: la práctica exitosa va avanzando a poner al cliente como el héroe, las experiencias vitales aumentan la aceptación de lo humano; las experiencias interpersonales van influyendo más que las impersonales; los clientes van influyendo en la persona del terapeuta; el desarrollo profesional es un camino de toda la vida, en forma continua y lenta, cada vez se va fortaleciendo más la pericia interna y no se basa tanto en los aspectos externos.

En la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, a nivel diplomado para la formación de terapeutas, se considera, además de los módulos teóricos y técnicos, uno

sobre la persona del terapeuta, en el que se reflexiona sobre la vida de éste, su profesión y experiencias. De este módulo surge el presente artículo (Ávila *et al.*, 2002; Revenga y Martín, 2019; Vethencourt, 2018; Vírveda y Espinosa, 2009).

AUTOBIOGRAFÍA

Mi nombre es Ana Elena Hernández Navarrete, me gusta que me digan Anel. Nací el 5 de diciembre de 1983, en la Ciudad de México. Dividiré mi vida en forma de capítulos de un libro en los que se van narrando las diferentes experiencias que constituyen la forma peculiar de ser de la persona y también de la terapeuta.

La infancia, las relaciones familiares concretas, las pérdidas, los nexos actuales y en este caso el contexto especial de la pandemia reflejan, de manera vivencial, el arte del terapeuta, sus dificultades y retos, lo que lleva a un aprendizaje significativo basado en la experiencia (Fernández, 2003; Kopp, 1981; McAdams, 1993; O'Leary, 2020; Pérez, 2015; White y Hales, 1997; Whitaker, 1989; Yalom, 2009).

CAPÍTULO 1. "INFANCIA FELIZ"

Yo crecí viendo a mis padres juntos, mi madre asumiendo rol de ama de casa y mi padre como proveedor. Los primeros años de mi vida transcurrieron tranquilos, con mi hermano, compañero de juegos, en un ambiente estable y una familia tradicional. Mi madre cuidaba de nosotros, mi papá trabajaba la mayor parte del tiempo, mi hermano fue mi principal compañía y mis recuerdos más lejanos de la infancia son siempre jugando y compartiendo buenos momentos de complicidad con él. Mis abuelos y tíos eran muy cercanos y cariñosos conmigo. Así que no me puedo quejar de falta de amor o atención

Era una niña alegre, platicadora y extrovertida, me fascinaba bailar en reuniones familiares. Cantaba y amaba el micrófono, creo que no tenía talento como buena voz o la mejor coordinación para bailar, solo lo hacía por gusto y me expresaba sin temor al qué dirán. De niña decía que quería ser artista, pues para mí eso significaba cantar y bailar, pero solo fueron sueños y diversión.

CAPÍTULO 2. “UN VIAJE POR EL DESIERTO”

Mi vida familiar era, en general, armónica y yo pasaba la mayor parte del tiempo jugando con mi hermano, nunca me regañaron por no hacer tarea o presionaron para ir a la escuela, desde niña lo disfrutaba mucho. Y todo iba saliendo relativamente bien, hasta que de pronto todo comenzó a ir mal.

Cuando tenía 5 años, por cuestiones de trabajo de mi papá, nos fuimos a vivir a Tijuana. Yo me adapté sin problema, y vivía allá una vida normal, hasta que mi padre perdió su trabajo, lo cual generó una crisis en mi madre. El resultado del desempleo y el estrés fue que a mi mamá le desencadenó una crisis mental que la llevó a la enfermedad actual, un padecimiento psiquiátrico conocido como esquizofrenia.

En aquel momento comenzó a tener ideas irracionales y delirantes, así que regresamos a México con una mamá en medio de un cuadro psicótico, con delirio de persecución. En mis recuerdos, mamá decía que mi papá era narcotraficante, que teníamos que huir, que papá nos iba a abandonar e incluso que yo era la virgen María, mi papá y hermano el diablo y el hijo del diablo, respectivamente. Aquella experiencia la viví con mucha confusión, pero también recuerdo que con cierta tranquilidad e idea de que todo estaría bien.

Mi papá era un adulto inundado de miedo y confusión, y mi hermano lo vivió como una experiencia traumática. Yo sólo recuerdo estar al lado de mamá tratando de tranquilizarla a mis 6 años, diciendo a mamá que “todo iba a estar bien” y con la convicción de que así sería. Lo cierto es que nuestra vida dio un giro de 180 grados.

Al regresar con la familia, nadie sabía que mamá tenía una enfermedad psiquiátrica, y la manera en que trataron aquel asunto fue a la antigua, con brujas, limpiezas y cosas metafísicas. La explicación de mis abuelos a lo que ocurría a mi mamá era que le habían hecho brujería o algo así. Varios años después supieron que se trataba de una enfermedad mental que requería tratamiento médico psiquiátrico. No es casualidad que soy psicóloga.

A mis seis años vi la primera crisis de mi mamá, y el resto de mi vida la he pasado entre psicólogos, psiquiatras y hospitales psiquiátricos. He vivido con ello siempre, sin embargo no me quejo, ha sido difícil, pero eso también me ha hecho ser la persona que soy.

Cuando para algunos niños y adolescentes de mi edad su mayor problema era sacar buenas calificaciones o no reprobar, lo más difícil para mí era lidiar con una

madre enferma que ha tenido crisis desde que tengo memoria, ratos de estabilidad y momentos de vivir otra realidad con ideas literalmente del fin del mundo; varios intentos de suicidio, en los que dos de ellos casi se concretan e innumerables internamientos en el psiquiátrico.

Eso ha sido duro, no obstante me ha hecho fuerte, sensible, responsable y me considero capaz de enfrentar las adversidades de la vida.

CAPÍTULO 3. “ADOLESCENCIA DIFERENTE”

Mi adolescencia fue un poco extraña, tempranamente adquirí responsabilidades por mi madre enferma y por un papá que a veces vivía todo como una tragedia y que también caía en depresión.

Me salí de la prepa a la mitad por un momento de desmadre y tiré la toalla; me puse a trabajar, pero me prometí regresar a estudiar. Me perdí un rato sin tener rumbo y comencé a trabajar desde los 16 años y a hacerme cargo de mí, un poco de mi madre y de mi casa, pero mi familia es de profesionistas, así que nunca me sentí bien por no estudiar.

A los 21 años decidí comenzar de cero y entrar de nuevo a la prepa, cuando mis compañeros eran unos adolescentes y un manajo de hormonas yo me sentía una anciana. Cuando mis amigas lloraban por un novio que las había terminado tras unos días de noviazgo, yo había pasado por mis historias largas de corazón roto, perderme y luego encontrarme.

La mayor preocupación para mí era lidiar con las crisis de mi madre, internarla, trabajar, atender la casa y estudiar. Hubo un cambio de roles, mi madre se volvió como mi hija a quien cuidar.

A pesar de todo me prometí no renunciar nunca a lo que yo quería, y disfrutar la vida, así que estudié, trabajé para lograrlo y también la pasé bien. Y viví lo bueno y lo malo como una aventura.

Trabajé de cajera, niñera, fui botarga, animadora, vendí seguros, pinta caritas en fiestas infantiles y en el zócalo capitalino, etc. No me avergüenzo, aprendí de cada cosa y junté historias qué contar; como cuando fui a dar al Torito y en patrulla por pintar caritas, o cuando me taclearon cientos de niños, en una escuela primaria, siendo yo una botarga de Barney.

Haría lo que fuera por estudiar y no perder mi rumbo de nuevo a pesar de la enfermedad de mamá o los problemas en casa. Mi papá muchas veces estaba lleno de amargura y culpaba de todos sus fracasos a la enfermedad de mamá. Mi hermano tuvo una adolescencia turbulenta con crisis emocionales por lo que también tuvo un intento de suicidio.

Aun así, la vida siguió, terminé la prepa y entré a la carrera.

CAPÍTULO 4. “LA IDA POR LOS CIGARROS”

Cuando entré a la carrera mi papá dejó a mi mamá, se fue de la casa con otra mujer y otra familia.

Aunque ya era una persona adulta, me dolió en el alma; me quedé con la responsabilidad de mi mamá y la casa, mientras estudiaba la universidad.

Mi papá desapareció del mapa y aunque lo buscamos por la vía legal, él no quiso saber nada de nosotros. Durante unos 8 años no supe nada de mi padre, hasta hace cuatro años más o menos. Sé que tuvo dos hijos más y se hizo cargo de otros dos de la persona con la que se fue. Así que creo que tengo hermanastros, pero es algo que prefiero dejar en su lugar.

No guardo rencor, sus motivos tuvo y perdoné lo pasado; estoy en paz con él y aunque ya no lo veo, a veces estamos en comunicación.

Yo me quedé con mi madre, su enfermedad y una carrera por sacar. Con el apoyo a distancia de mi hermano y la familia.

CAPÍTULO 5. “CONFRONTAMIENTO CON LAS PÉRDIDAS”

Perdí a mis tres abuelos, que amé y amo mucho, ellos murieron y por primera vez tomé conciencia de la muerte. Fui muy afortunada de tenerlos y me dolió en el alma su partida. Creo que hasta antes de su muerte no estaba realmente consciente de la vida, de la muerte, ni del valor de muchas cosas. Sus vidas fueron fuente de amor, fortaleza, paz y aprendizajes que hoy guardo como un tesoro. Quisiera llegar como ellos a la vejez con tanta genialidad y dignidad. Ahora son inspiración para mí.

Viví otro duelo de alguien que en su momento fue muy cercano y parte de mi historia, un exnovio. Lo asesinaron y en su momento fue un golpe duro.

Me recuperé de las pérdidas, de las adversidades, me reconcilé con la vida, aprendí a soltar, a aceptar que la vida es como es y que siempre hay nuevos comienzos y diversas posibilidades. La vida continuó con sus matices y sus cambios, sus pérdidas, pero también sus ganancias.

Ahora me dedico a la tanatología, es un camino que me ha llevado a replantearme quién soy y cómo quiero vivir mi vida. Amo la vida, acepto el dolor y he aprendido a transformarlo.

Me inspira Elisabeth Kübler-Ross (2008), psiquiatra suiza a quien se le considera madre de la tanatología y parteaguas para acompañar en el bien morir, y acompañamiento en duelo al enfermo terminal y los dolientes. Ella decía de los instantes de dolor “En esos momentos uno puede quedarse en la negatividad y buscar a quién culpar, o puede elegir sanar y continuar amando”.

CAPÍTULO 6. “EL AMOR MADURO”

Conocí a mi actual pareja de quien vivo enamorada, desde que comenzó la relación enfrentamos problemas familiares, obstáculos importantes que nos pusieron a prueba, y seguimos adelante compartiendo la capacidad de amar, ser felices, renovados en vivir el amor y disfrutar de la vida.

Tiempo después de la relación inicial decidimos hacer una vida juntos y comenzamos a enfrentar retos y aprender juntos. Iniciamos la aventura de vivir en pareja, lo cual ha resultado una experiencia maravillosa para mí.

Nos casamos a nuestro estilo particular y poco convencional en una boda hippie-elegante, estamos juntos así desde hace 6 años, siendo compañeros de camino. Y cada día nos esforzamos en construir el tipo de relación que queremos, en un amor maduro, de disfrute y armonía.

CAPÍTULO 7. “VIDA ADULTA...”

Me he formado como terapeuta y aún me moldeo cada día, mi sueño es ser una gran psicoterapeuta. Hace poco di terapia en el DIF, hoy día doy terapia particular y clases, en línea, de tanatología a alumnos de licenciatura. Tengo un diplomado como psicoterapeuta sistémica de parejas. Considero que la terapia y la docencia son ahora mis dos grandes pasiones. Actualmente soy profesora en un diplomado de tanatología para enfermería, el cual imparto junto con mi hermano enfermero y mi esposo que también es psicólogo y terapeuta. Hacemos un trabajo interdisciplinario.

CAPÍTULO 8. “UNA INESPERADA PANDEMIA”

“Ya no espero que pase la tormenta, aprendí a caminar bajo la lluvia” Friedrich Nietzsche (1986).

La vida no deja de sorprendernos, he aprendido una realidad, que la vida es un constante cambio, es caos y es incertidumbre, tenemos que aceptarlo o sufriremos más en el camino (Vírveda, 2020).

Todos daban por hecho los días, las rutinas, los planes y sobre todo los “mañanas”. Pero en el año 2020 la rutina del mundo entero se vio impactada por un virus, el cual paralizó a la humanidad, metió en crisis a todas las personas y países del planeta. Es aquí donde aprendimos a no dar por hecho la vida tal como es y pensar que nunca cambiará.

El virus se expandió por el mundo, la gente jamás hubiera imaginado que le tocaría vivir no una epidemia, sino una pandemia. Millones de contagios y personas enfermas, miles de muertes; el mundo entero en confinamiento, escuelas cerradas, educación y trabajo a distancia, negocios, plazas y cines cerrados. Crisis económica, hospitales saturados por contagios de COVID-19, muerte por todos lados.

Familias viviendo pérdidas de todo tipo: económicas, de trabajo e ingresos, de salud y en algunos casos múltiples contagios en las familias. Y una de las más dolorosas, la muerte de una persona cercana, aquel momento que tanto tememos en nuestra cultura, el final de la vida, el fin de la existencia. Nuestro final, o el fin de alguien que amamos y no queremos perder.

La muerte por COVID-19, una de las más tristes porque la persona muere en gran dolor y sufrimiento por múltiples síntomas de daño en todo el sistema, fallece

sola, aislada de su familia y de todo contacto humano por riesgo al contagio. Quienes murieron hospitalizados, estuvieron sus últimos momentos intubados y con un ventilador mecánico; con un poco de suerte les tocaron profesionales de la salud sensibles, con humanidad y trato digno, si no, su trance fue en absoluta soledad y con indiferencia. Muchos también fenecieron en casa, sufriendo la imposibilidad, y al final lo inevitable, la familia también sufre.

Una partida sin despedida, las familias pasaban de hospitalizar a su paciente, y tener esperanza de que se recuperara, a tener de regreso sólo un montón de cenizas, sin la posibilidad de despedidas, de rituales familiares que ayudaran a procesar la pérdida y tener la cercanía de las redes de apoyo por el confinamiento. De la persona amada sólo quedaban cenizas, recuerdos, dolor y vacío.

Por otro lado, la ignorancia, la confusión y el absurdo prevalecían en la sociedad. Esta crisis sacó lo mejor o lo peor de todos.

Lo escuchaba en las noticias, se veía tan lejano, tan ajeno, cada vez más serio, pero siempre parecía que les sucedía a otros, cada vez a más cercanos, pero siempre a otros. Hasta que te sucede a ti o a tu familia.

Terminaba 2020, la gente quería dejar atrás la cuarentena de todo un año, se vislumbraba una vacuna, comenzó la esperanza, la gente impaciente, todos querían sus rutinas de regreso.

Mi hermano es enfermero, profesionales que han sido en esta pandemia primera línea de batalla. El área de enfermería quedó muy lastimada, compañeros muertos, cada vez más pacientes contagiados, familias enteras de enfermeros contagiados, temor al contagio, falta de personal, materiales y equipos; jornadas con equipo de protección que lacera y cansa más sus cuerpos. Además, tuvieron que lidiar con la ignorancia de la gente que llegó a agredir al personal de salud por temor al contagio.

Muerte por doquier, mi hermano decía “estamos cayendo como moscas, perdí la cuenta de mis compañeros muertos”. Pero llegó la vacuna, había esperanza.

Luego de la Navidad, recibí una noticia. Mi hermano tenía los síntomas de la enfermedad, también su esposa. Aunque ambos se aislaron, a los pocos días el suegro de mi hermano también. Resultaron positivos al virus, días después también mis dos sobrinos. Con ello comenzó una pesadilla.

De todos ellos, mi hermano fue el más grave, recibió el año nuevo sintiendo que se iba a morir, con fiebre, tos, dificultad para respirar, diarrea, vómito, dolor, alucinaciones y mucho sufrimiento físico y emocional.

Muchos celebraban, pero en mi familia había penumbras. Comenzó la preocupación, la angustia, la desesperación, el miedo, la incertidumbre, la frustración, la impotencia, la desesperanza; cansancio físico, emocional y mental.

Mi hermano comenzó a agravar, en un momento estuvo a punto de morir, y yo sin poder hacer nada, excepto tratar de estar cerca en la distancia y estar al pendiente, hablar con él.

En las noticias sólo hablaban de cifras, la gente sólo siendo números, estadísticas de muertes y contagios. Las personas actuando como si nada, como si el riesgo hubiera terminado, con urgencia de salir y volver a la normalidad.

Mi hermano luchando cada día por su vida y por respirar, toda su familia contagiada, incluso el gato.

Tuvo que requerir un tanque de oxígeno, toda una odisea para conseguirlo, había una verdadera hambruna de tanques y de oxígeno. Hay cosas de las que no se hablaban en las noticias, como la situación familiar de uno o varios contagios. Se acababa el dinero, se buscaban recursos hasta por debajo de las piedras, se movían las redes de apoyo, otras estorbaban.

Nadie hablaba del proceso de enfermedad, era una agonía, locura y sufrimiento, todo era caos. Los hospitales colapsaban, tratamientos y oxígeno escaseaban, se sobrevivía como era posible.

El enfermo, con miedo a morir, luchaba por vivir, y la familia temerosa de perder a alguien muy querido. En medio de la situación caótica había que trabajar y resolver cosas prácticas porque la vida no se detiene. El desgaste físico, emocional y mental era rebasado, se vivía como en una pesadilla que no terminaba, para un enfermo grave también fue una tortura.

La parte buena de todo esto fue mi esposo y yo luchando juntos, somos un buen equipo, elegí a un buen compañero de vida, siempre juntos haciendo lo que estuviera en nuestras manos. Familia y amigos creando una red de apoyo valiosa, mi hermano y su familia no rindiéndose ante la situación.

Afortunadamente, en la vida todo cambia y la fortuna cayó de nuestro lado. Mi hermano salió de su estado de gravedad, disminuyeron las posibilidades de morir. Aún se encuentra en proceso de recuperación, su familia se encuentra estable. Hay un poco de luz en medio de tanta oscuridad, mi hermano se recupera, lento, pero progresa.

Es una enfermedad que deja innumerables estragos, muchas secuelas y será largo el proceso de recuperación, pero parece ser que la vida, en este momento, está a nuestro favor.

No puedes sino salir más resiliente, más maduro de una situación como ésta, o al menos es el camino que yo elijo. Pues hay que tomar muchas decisiones, resolver varios problemas, enfrentar miedos, actuar razonable y serenamente frente a altos niveles de estrés o dolor emocional.

En medio de esto mi mamá tuvo una crisis psicótica, fue necesario contenerla con las dificultades que representa un paciente psiquiátrico con alucinaciones.

Esta experiencia definitivamente ha dejado huella en mí, ver a una parte importante de mi familia contagiada y en una situación crítica me hizo descubrir el “lobo” que hay en mí.

Tuve que sacar coraje, controlar mis emociones, aprender a sacar fuerzas de donde no sabía que tenía, a resolver cosas que no sabía que podía, vi cómo mi amor por alguien y mi fortaleza interior hicieron hasta lo imposible. Hoy más que nunca sé que podré con lo que la vida me ponga enfrente por difícil que sea.

Ya no soy la misma, algo se transformó en mi persona, he sentido de cerca el dolor de lo que está sucediendo. Reconozco la muerte como parte natural de la vida, pero como humano me duele y temo sentirla cerca, me enfrento al dolor de la mejor manera que puedo, si hay que actuar, actúo, si hay que buscar soluciones, las encuentro, si hay que sentir, siento, si hay que llorar, lloro, si hay que acompañar, acompaño, si hay que trabajar, lo hago, sigo adelante y hago lo mejor que puedo, trato de dar lo mejor de mí a pesar de todo, no obstante el cansancio, el “show debe continuar”, la vida siempre avanza hacia adelante.

Como diría Nietzsche (1986) “lo que no me mata me fortalece” y “Las cosas más grandiosas deben llevar máscaras monstruosas para quedar grabadas en los corazones de los hombres”. Las experiencias más dolorosas son aquellas que te forjan, te hacen crecer, te fortalecen y te hacen revalorar la vida y redimensionar los problemas.

Deseo que esta experiencia inesperada me transforme en mejor persona de lo que soy, y que se refleje en mi persona como terapeuta para acompañar mejor a mis pacientes.

He de confesar que me gusta mi vida...a pesar de todas las adversidades, volvería a vivir mi vida con cada tropiezo, caída, obstáculo. Volvería a recorrer los mismos caminos con tal de ser quien soy, de estar parada en el lugar en el que estoy y de tener lo que tengo.

Volvería a vivir el mismo dolor o pasar por las mismas dificultades y errores, no me arrepiento, pues mi vida ha estado llena de aventuras, de llanto, de risas, también de caminos y personas maravillosas.

Esta vida mía ha sido, a pesar de todo, una oportunidad de andar y disfrutar este viaje, que cuando termine, estoy segura de que habrá valido la pena. Pues hasta ahora así ha sido.

REFERENCIAS

- Ávila E., A., Caro G., I., Orlinsky, D., Rodríguez O., S., Coscolla I., A., y Alonso A., M. (2002). "Percepción del desarrollo profesional del psicoterapeuta en España", *International Journal of Psychology and psychological Therapy*, Vol. 2, No. 002, 199-218.
- Ceberio, M. R. y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*, Barcelona, Paidós.
- Daskal M., A. M. (2017). *La persona del terapeuta*, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Fernández L., A. y Rodríguez V., B. (2003). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, DDB.
- Kleinke, C. L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*, Bilbao, DDB.
- Kopp, Sh. B. (1981). *Guru. Metáforas de un psicoterapeuta*, Barcelona, Gedisa.
- Kottler, J. A. (2010). *On being a Therapist*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Kübler-Ross, E. (2008). *La rueda de la vida*, Barcelona, Bolsillo ZETA.
- McAdams, D. (1993). *The stories we live by. Personal Myths and the Making of the self*, Nueva York, Guilford Press.
- Nietzsche, F. (1986). *Humano demasiado humano*, 5a ed., México, Editores Mexicanos Unidos.
- O'Leary, Ch. (2020). *Terapia familiar y de pareja centrada en la persona: en la práctica*, Buenos Aires, Gran Aldea editores.
- Pérez G., A. (2015). *Ser terapeuta. 30 años navegando en mundos ajenos*, Ciudad de México, Manual Moderno.
- Revenga, M., S. y Martín G., A. (2019). "Reflexiones sobre la formación en Psicología Clínica: el camino hacia la pericia". *Revista Clínica Contemporánea*, 10, e20, 1-15.
- Rønnestad, M., & Skovholt, T. (2003). "The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development", *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.

- Vethencourt D'Escrivan, V. (2018). "Cómo vivencian los psicoterapeutas en formación el inicio de su entrenamiento y supervisión", *Psicología Iberoamericana*, Vol. 26, Núm. 1, pp. 64 – 72.
- Vírseda H., J. A. y Orozco R., I. Z. (2020). *Narrativas y experiencias de la pandemia Covid-19*. Beau Bassin, Mauricio, International Book Market Service.
- Vírseda H., J. A. y Espinosa S., M. R. (2009). *Aspectos relacionados con la persona del terapeuta en estudiantes de terapia familiar*. III Congreso Latinoamericano de Psicología, ULAPSI, México, 9-11 de septiembre.
- Whitaker, C. A. (1989). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*, Barcelona, Paidós.
- White, Ch. y Hales, J. (coll.) (1997). *The personal is the professional. Therapists reflect on their Families, Lives and Work*, Adelaide, Dulwich Centre Pu.
- Yalom, I. D. (2009). *The gift of Therapy*, Nueva York, Harper Perennial.

EL TERAPEUTA RESILIENTE, UNA CARA, CIEN ROSTROS, MIL HISTORIAS

José Antonio Vírveda-Heras

Universidad Autónoma del Estado de México

*If you want to know me, then you must know my story,
for my story defines who I am. And if I want to know myself,
to gain insight into the meaning of my own life,
then I too must come to know my own story*

McAdams, 1993: 11

RESUMEN

Se expone, en primer lugar, la carrera profesional, las fases del desarrollo y las trayectorias de los terapeutas, en segundo lugar, las experiencias del autor y de otros terapeutas con respecto a algunas variables de su desarrollo profesional como son el contexto, las fases, la satisfacción, los recursos con los que creen los terapeutas contar para solucionar sus dificultades (autoliderazgo), el equilibrio, la estructura, el estrés.

ABSTRACT

First, the professional career, the phases of development, the trajectories of the therapists are exposed, secondly, the experiences of the author and other therapists regarding some variables of their professional development such as context, phases, satisfaction, and resources that therapists believe count to solve their difficulties (self-leadership), balance, structure, stress.

CARRERA PROFESIONAL

En el transcurso de la carrera profesional de los terapeutas podemos distinguir a grandes rasgos tres grandes fases.

La etapa previa a la formación

Son los años de formación general anterior a los estudios profesionales, los cuales tienen su importancia pues se van generando las actitudes, las tendencias que son el fundamento de los valores profesionales, el encuentro con modelos, la vocación, el llamado, etcétera.

Algunos terapeutas inician su visión pronto, otros más tarde por encuentros con incidentes especiales como pueden ser un maestro, un terapeuta, asistencia a una terapia, alguna lectura, etcétera. Experiencias infantiles pueden contribuir a la vocación por ejemplo, una infancia pobre o disfuncional (Armstrong, 2007; Lamia, 2009; Vírseda, 2009; Whitaker, 1989; Whitaker, 1988).

En el llamado influyen diferentes motivaciones, tanto positivas como negativas (Kleinke, 1995; Kottler, 2010). En las primeras se encuentran: ayudar a otros y a sí mismo, reputación, compasión, independencia, gozo, alivio, vitalidad, crecimiento; en las segundas: necesidades de poder, gusto por la patología ajena y necesidad de creerse sano y maduro.

El periodo de formación propiamente dicho

En el que se conforma la base teórica de la profesión. La formación se compone de elementos como teorías, prácticas, supervisión e investigación. Algunos elementos son comunes a los diferentes programas de formación, otros son específicos. Dependiendo de la institución se da más valor a unos u otros.

Haley (1997: 68) distingue los siguientes tipos de terapeuta en formación: *los novicios*, ávidos de aprender pues necesitan la formación. Los *grupelistas*, acostumbrados a trabajar en grupos, que tienen dificultades en entender a la familia que es distinta de un grupo. Los *ideólogos*, se centran en las teorías, se entusiasman por las modas ideológicas del momento.

Después de la formación profesional

Comienza la práctica profesional

Preguntas importantes en este periodo (extraídas de la experiencia desde hace varios años en la formación de terapeutas en UNAM (Iztacala) en los diplomados de Psicoterapia sistémica de familias y de pareja: ¿Cómo llegar a ser terapeuta, ¿cómo iniciar?, ¿cómo continuar, permanecer, aumentar el grado de satisfacción, mejorar? ¿Cuáles son las necesidades, los logros, retos, dificultades que se enfrentan a lo largo del tiempo? ¿Es la habilidad al inicio, la misma que la posterior en el tiempo?, ¿hay cambios radicales o graduales en la orientación?, ¿hay sucesos impactantes de quiebre en la trayectoria ordinaria de la vida profesional? (Ceberio y Linares 2005; Kottler, 2010; Ramírez, 2016; Ronnestad y Skovholt, 2003; Vírseda y Espinosa, 2009).

Entre la segunda y la tercera fase hay una brecha considerable por el contexto diferente. La fase de la formación es estructurada, guiada y limitada en el tiempo. La fase de la práctica independiente no tiene estructura dada, sino que la tiene que hacer uno mismo. El tiempo se extiende en un horizonte amplio. La búsqueda del estilo personal es un reto importante más allá de los estilos percibidos en los modelos de los maestros (Ceberio, 2005).

Diferentes contextos: en general podemos decir que el desarrollo profesional no es homogéneo ya que unos profesionales se integran al trabajo en instituciones (públicas o privadas) que les ofrecen un marco distinto a aquellos profesionales que inician su práctica privada y éstos a su vez pueden desempeñarse ya sea de manera independiente o colaborar en un equipo que los integre.

Otra distinción que podemos realizar es la de la dedicación, mientras que algunos terapeutas se dedican completa y exclusivamente a su práctica terapéutica, otros lo hacen en un tiempo complementario pues el tiempo principal trabajan en alguna institución, aunque no necesariamente en el mismo tipo de trabajo.

Relación vida profesional y personal: los dos aspectos se entrecruzan en la vida de los terapeutas de manera singular (White, 1997). Protinsky y Coward (2001) se preguntan, como ejemplo, por los sucesos que perciben los terapeutas como influencias significativas en su vida y carrera y que han conformado su desarrollo personal y profesional. Encuentran en su investigación como tema central la síntesis de lo personal y profesional, lograr un equilibrio ente los asuntos personales y los

profesionales, mantener una conectividad con amigos y colegas, trabajar los asuntos pendientes con la familia de origen (Guy, 1995; Kottler, 2010: 43).

Paris, Linville y Rosen (2006) describen las influencias personales en lo profesional como la experiencia en terapia personal, las relaciones, creencias espirituales, la supervisión, la comprensión de los clientes. Los asuntos profesionales que influyen en lo personal son ayudar a otros en sus problemas, introspección, comprensión de los problemas propios y de los demás, empatía, talleres, entrenamiento, supervisión.

FASES DEL DESARROLLO PROFESIONAL

En el desarrollo de la carrera podemos vislumbrar dos puntos clave, el del novicio y el del maestro (Dreyfus y Dreyfus en Miller, 2010).

El principiante (Mahoney, 2005) es inseguro y ambivalente, se hace preguntas como las siguientes ¿Cómo lograr el éxito?, ¿fue útil la sesión? El novato confía demasiado en sus poderes. “El principiante puede exagerar el camino recorrido sin ver lo que aún le falta por avanzar” (Kopp, 1981: 66).

¿Cómo poder aconsejar a otros cuando uno mismo está envuelto en la niebla? Los clientes no se comportan con tanta exactitud como los de los libros. La diferencia entre los asuntos leídos y los vividos por las personas en las experiencias diarias es abismal.

Uno no es tan neutral como se supone que debería ser. Los clientes te ven como una figura perfecta, esto hace que algunas veces uno lo piense también. En el caso de que haya una brecha pueden entrar cuestionamientos en el terapeuta sobre su capacidad o sobre su poca integridad al parecer que uno es en realidad otro muy distinto, distante del ideal, que debería encarnar dando la sensación de ser un impostor.

Los novicios (Haley, 1997) a veces actúan como si tuvieran más años para compensar los comentarios de los clientes sobre su juventud (interpretada como inexperiencia). Manejarse en la ambigüedad e incertidumbre de la situación, son otros elementos del noviciado.

Vírseda (1995) menciona como elementos difíciles el trabajo dirigido al otro y el modo en que ese otro mira al terapeuta, lo que hay que aprender a manejar.

Los terapeutas novatos tienden a mantener una distancia excesiva con el cliente para no sentirse desbordados por los sentimientos o para esconderlos (Fernández, 2003).

Los inicios van acompañados a veces de una etapa de entusiasmo, van aumentando los éxitos, las experiencias positivas; se acentúa la creencia en los propios poderes de cambiar a los otros. Después de la etapa romántica anterior puede aparecer una etapa de escepticismo, de cuestionamiento, se pone en tela de juicio la labor terapéutica y la propia eficacia como terapeuta. Se da una desilusión, se derrumba la omnipotencia.

El avanzado

Éste se encuentra a medio camino entre el principiante y el maestro. El término medio en la búsqueda de reconocimiento de las propias limitaciones, el camino a la humildad es largo y doloroso. Al inicio de la carrera se cree que el poder del cambio está en el terapeuta, luego se va descubriendo la eficacia de los clientes. Se vuelve más comprensivo por los encuentros con el sufrimiento (Protinsky, 2001).

Las experiencias cambian a los terapeutas; se aprende de los clientes. El encuentro con las miserias humanas nos hace dudar del valor del ser humano. El terapeuta confía mucho en su competencia, que ya ha mostrado en una variedad de encuentros normalmente satisfactorios. El avanzado tiene más enfoques y mayor cantidad de experiencias. El principiante no arriesga por temor a dañar, el avanzado no lo hace por aferrarse a lo verdadero y útil.

Al maestro (Carvajal, 2012; Ronnestad, 2003; Ronnestad, 2001; Skovholt, 2016) lo podemos diferenciar, aunque no sin dificultad, en dos posiciones:

a) *El competente*, que se considera capaz de afrontar las realidades de diferentes pacientes dentro de un margen adecuado de tolerancia, pues ninguno puede con todas las situaciones, con las capacidades aprendidas y experimentadas.

b) *El experto*. Va más allá de ser competente en la ejecución de un modelo aprendido. “Aunque no puedo detener tu llanto, al menos te he secado las lágrimas” (Séneca en Kopp, 1981). Entiende la importancia del cuidado propio.

El competente ofrece un mapa del territorio y de los caminos para llegar al destino (Mahoney, 2005: 295). El experto (el constructivo) se une temporalmente al viaje de sus clientes. Aprende las lecciones de la vida como maestra.

No se imaginan los expertos que son los únicos cuando otros terapeutas han fracasado (Whitaker, 1989).

“La mayoría de los terapeutas enfatizan los aspectos de enriquecimiento sobre los de deterioro” (Mahoney, 2005: 292). La pericia los hace más conscientes, más sabios, más espirituales.

En los problemas personales, los terapeutas expertos son como las demás personas; pasan por experiencias similares sin dejarse absorber por ellas; p. e. angustia y depresión.

Las fases en el desarrollo profesional imitan quizás las del desarrollo de los métodos terapéuticos, según Kaffman (en Carpenter, 1993: 249): 1. Los fundadores 2. Expansión 3. Omnipotencia y 4. Moderación.

Los terapeutas novicios se aferran a los modelos estudiados, pero con el paso del tiempo van buscando superar las limitaciones y crean un estilo propio; empiezan a expandir sus habilidades y aplicaciones llegado el momento en que se creen lo mejor para después, gracias a la experiencia reflexiva, rebajar algo sus expectativas volviéndose más realistas.

COMENTARIOS

En opinión del autor y de acuerdo con las experiencias personales se puede afirmar que aunque es útil delimitar las fases en el desarrollo, a veces es difícil pues requiere estudios sustanciales, determinar las variables importantes que nos facilitan la discriminación de las fases. Por otra parte, hay que recordar que puede haber múltiples fases, las cuales son fluidas y un terapeuta puede estar al mismo tiempo en dos de ellas (Carvajal, 2012; Ronnestad, 2001).

Un terapeuta ideal, absolutamente calificado, no perfecto, según Andersen y Corson (en Fernández-Alarcón y Opazo, 2005: 430) tiene las siguientes características en cuatro áreas: 1. Conocimientos, 2. Cualidades de personalidad y actitudes (calidez y técnica), 3. Entrenamiento científico empírico y 4. Experiencia y revisión continua. Por nuestra parte añadiríamos ética, valores y autodisciplina.

TRAYECTORIAS

El concepto de trayectoria es importante pues da a entender una *dirección* determinada a lo largo de una o varias fases. El terapeuta tiene su mira fija en los cambios en el cliente, pero éstos le alcanzan también a él.

Whitaker (1989) describe el camino de la profesionalización de la siguiente manera, se pasa de conocer *sobre* la terapia a *hacer* terapia (cómo hacerlo) a *ser* terapeuta (convertirse en terapeuta). Pasar de ser un imitador a ser una persona auténtica es una meta fundamental.

Las posibles trayectorias las podemos considerar del siguiente modo a lo largo del tiempo: a) como progresivas, exitosas; b) como regresivas, frustrantes; c) como fluctuantes, alternando periodos de bonanza y de depresión, altibajos estables e inestables.

Una complicación especial es la que involucra a la persona del terapeuta. Un resultado final de las trayectorias más estudiadas ha sido el del terapeuta exitoso y el del final infeliz (Kottler, 2010).

El “síndrome del quemado” (burn out en inglés)

Se caracteriza por el agotamiento emocional, actitudes negativas hacia el trabajo, sentimiento disminuido de los propios logros. Produce baja autoestima, fatiga, insomnio, dolores de cabeza, hipertensión, irritabilidad, ansiedad, depresión, distanciamiento de los clientes, se trata a los clientes como casos y no como personas. Los determinantes pueden ser falta de control laboral, ambigüedad de la tarea, falta de retroalimentación, falta de propósito en el trabajo, poseer expectativas no realistas, necesidad de ser querido por los clientes, asuntos no resueltos con la familia de origen, sobre involucramiento en el trabajo (Clark, 2009; Kottler, 2010; Rosenberg, 2006).

Entre otros determinantes se encuentran características personales como dificultad en aceptar errores ocasionales, trabajar en casos crónicos difíciles, situaciones difíciles en las instituciones.

El síndrome no es un destino, sino un proceso largo deteriorante con estados agudos, fases largas de estancamiento, esfuerzos por recuperarse y luchas constantes Mahoney (2005: 363) recomienda, para contrarrestar la tendencia deteriorante, el cuidado propio: respetar su propio proceso, elaborar un ritual de transición, descansar, valorar la intimidad con su familia, cultivar el compromiso con ayuda, pedir y aceptar consejo, divertirse, seguir su corazón y acoger su búsqueda espiritual.

El terapeuta resiliente

Los terapeutas resilientes son más viejos, más experimentados, controlan mejor los estresores, elaboran los asuntos de la familia de origen, desarrollan sentido coherente de la profesión, realizan una síntesis de sí mismo personal y profesional, tienen buenas amistades (Clark, 2009).

En su estudio, Clark (2009) diferencia entre una categoría central, un paradigma y categorías principales. Como categoría central, Clark (2009) ubica la “*integración de sí mismo* (la identidad, quiénes son) *y práctica*”. La práctica se conceptualiza como una extensión de sí mismos, de su identidad. La terapia como el ser padre y educador involucra más que otras profesiones a la persona. Un paradigma “*confianza en sí mismo*” con tres subcategorías: 1. Posición “yo, se adhiere a sus propias convicciones sin dejarse presionar por otros”. 2. Armonización emocional, conscientes de sus emociones como guías de las decisiones. 3. Crecimiento personal, que les ocupa en sus pasatiempos, intereses, exploran nuevos aspectos de sí mismos, buscan oportunidades de crecimiento.

CATEGORÍAS PRINCIPALES DEL PROCESO

Desarrollo de carrera

Guiada por confianza en sí mismo: a) Reconocimiento del llamado ocasionado de múltiples maneras p. e. una actividad, un curso como detonante de la decisión de ser terapeuta, en el fondo está una actitud de altruismo, ayudar a otros; b) Trabajo en la institución de ayuda en la que aprendieron sus primeros pasos; tienen flexibilidad, se busca un trabajo que permita mayor autonomía, por ejemplo el trabajo independiente; c) Correcciones al camino, cuando se encontraban en alguna incomodidad, buscaban el hacer reajustes, cuando el trabajo ya no producía satisfacción, se enfrentaba a la situación y no la escondían por temor a que los crean incompetentes; d) Seguridad en relaciones, tenían personas como mentores, modelos, colegas que impactaban positivamente su práctica y vida; e) Experiencias intencionales de entrenamiento, aprender de los líderes en talleres con entusiasmo, invertir tiempo, dinero y energía en el crecimiento.

Práctica de la terapia

a) Un deleite intenso en el trabajo diario, aman su tarea, superan las dificultades (experiencias culminantes); b) Estrategias para el manejo del estrés, económico, ético, legal. Situaciones de riesgo con pacientes difíciles. El trabajo se queda en el consultorio, no se lo llevan a casa; c) Habilidad para crear un ambiente apoyador, por ejemplo supervisión, grupos de colegas; d) Sensibilizarse a signos de estrés y tomar medidas correctivas. Estrategias de autocuidado: deporte, viajes, relaciones; e) Encontrar sentido y propósito en su vida, que hace una pequeña diferencia en el mundo.

Ávila y otros (2002) estudian el desarrollo retrospectivo de la carrera, el desarrollo en la actualidad. Los terapeutas se encuentran satisfechos y conceptualizan el cambio como positivo, como progreso, han mejorado en las habilidades necesarias para su labor terapéutica logrando un dominio satisfactorio, aunque reconocen no haber superado todas sus limitaciones del pasado. Los incrementos más importantes se reseñan en el grado de confianza en su rol de terapeutas, en la naturalidad mientras trabajan, en su capacidad para tratar las reacciones emocionales de los clientes. Experimentan un crecimiento positivo en la actualidad, una motivación para seguir desarrollándose, consideran su trabajo en una forma parecida al “flujo” de Csikszentmihalyi, estado placentero de interés intenso cuando se está trabajando y el vencer las situaciones que retan o amplían su habilidad actual.

NARRATIVAS PERSONALES

La narrativa es un enfoque cualitativo, es la forma de organizar la comprensión del mundo dando sentido a las experiencias y compartiéndolas con los demás. Nos da a conocer cómo los participantes experimentan el mundo, cómo se sienten, evalúan. La experiencia se pone en una perspectiva temporal y relacionada con la identidad, con el autoconcepto. Los relatos narrados nos dan cuenta de las acciones de los protagonistas, cómo se autopresentan, el significado de su experiencia (Daskal, 2017; Gibbs, 2009; Pérez, 2015; Ramos, 2001).

Las autonarrativas tienen la función de comunicar la experiencia estructurando las ideas sobre uno mismo como narrador, mantener y exponer la propia identidad.

El aspecto autobiográfico se concretiza en responder a la pregunta de ¿Cómo he llegado a ser el que soy hoy? Las narrativas tienen un aspecto cronológico, se presentan aspectos claves y actores, sucesos de quiebre que desvían la trayectoria de la vida. Aunque las narrativas tienen muchos temas que se van entrelazando, uno de los principales es la trayectoria laboral, en nuestro caso la carrera de ser terapeuta. La estructura de la narrativa puede ser progresiva, se da avance hacia estados exitosos; regresiva se dirige a estados negativos y estables.

Participantes: se invitó a participar a once terapeutas con diferente tiempo de experiencia (tres de tres años de experiencia, tres de siete años, dos de cinco, uno de diez y dos de veinte), además del autor del artículo, la mayoría proveniente de la maestría o diplomados en terapia familiar, aunque también se incluyeron otros enfoques clínicos (cuatro terapeutas) para comparar las experiencias. A todos les doy las gracias por su participación y cooperación desinteresada. Cuando doy citas textuales pongo la referencia del terapeuta con tres letras mayúsculas, en otro caso las afirmaciones son del autor del artículo.

Categorías

Aunque los relatos de los terapeutas pueden tener múltiples aspectos interesantes, nos vamos a concentrar en los siguientes: a) El *contexto* del trabajo del terapeuta, si se trabaja en lugares públicos o con práctica independiente. b) La *satisfacción* con el desarrollo de su carrera, el estado actual y la perspectiva futura incluye una buena autoestima con el trabajo y con la propia persona. c) Las *fases* en las que se encuentran. Vamos a distinguir los *principiantes* y los *competentes* de acuerdo con lo expuesto anteriormente. d) El *autoliderazgo* se refiere a la capacidad de discernir las metas, los medios para lograrlas, a las correcciones de rumbo en caso de errores (resolución de las dificultades), el conocimiento de las fortalezas, el uso de recursos. e) El *equilibrio* se refiere a la combinación de trabajo y tiempo libre, tener espacios y tiempos para pasatiempos, relaciones íntimas, amigos, actualización y supervisión. f) *Estructura*, se refiere a la percepción del avance y progreso, al retroceso, al estancamiento del desarrollo personal y profesional. La estructura progresiva coincide con una trayectoria que va desde el principiante al competente. g) *Estrés*, tiene que ver con la valoración de los sucesos externos y de las competencias para afrontar con confianza

las dificultades de la vida laboral y personal. h) *Valoración de la formación*, incluye el juicio crítico positivo o negativo que realizan los terapeutas sobre el valor y relevancia de su formación desde la perspectiva presente.

EXPERIENCIAS

Contexto. El contexto principal de los participantes es la práctica en instituciones oficiales y en las universidades. En estas dos situaciones se combina esa labor con la práctica independiente. Dos participantes trabajan en la práctica privada independiente.

Al inicio de mi práctica profesional en una institución para consultoría familiar tampoco sabía a ciencia cierta cómo poner en práctica lo aprendido en relación con los problemas concretos de las familias por lo que estoy muy agradecido con el director de la institución que tenía un programa de asistencia a los nuevos integrantes del equipo, o sea que él, con su ejemplo, te iba introduciendo en la manera que se hacían las cosas, el diagnóstico, la valoración y el plan de tratamiento, que era individual o grupal. La experiencia con este primer supervisor marcó mi trayectoria en muchos aspectos.

Un gran aprendizaje por haber estado en diferentes países es la sensibilidad a la cultura, al género, a la edad. Esta capacidad se acentuó con la venida a México. Recuerdo cuando la primera vez traté a una familia turca, el señor estaba sentado frente a mí, detrás de él la señora y detrás de ella el niño. Cuando yo dos o tres veces me inclinaba para dirigir una pregunta a la señora, el esposo me aleccionó sobre las reglas, el interlocutor era solamente él, yo no tenía que preguntar nada directamente ni a la esposa ni al niño.

Con la llegada a México cambiaron mis actividades, pues en Alemania mi principal ocupación era la terapia y la combinaba con enseñanza, pero en menor escala, mientras que en México, mi principal labor es la docencia y a ésta la complementa la práctica de la terapia. La docencia es uno de los retos más importantes pues no solamente tienes que saber ejercer la práctica con cierta soltura, sino hay que enfrentarse a la curiosidad y preguntas de los alumnos, lo que es un gran enriquecimiento. También cambió la forma de la terapia misma pues en México no trabajé normalmente en instituciones, sino en práctica independiente por lo que me pude percatar de los problemas que tienen que superar los terapeutas independientes.

Satisfacción

En esta categoría se incluye tanto el desarrollo como la actualidad, así como también implícitamente el arraigo de identidad con el ser terapeuta. Todos los participantes están sumamente satisfechos con su profesión como terapeutas, con la que se identifican. “No sé si sea arrogancia u objetividad, pero considero que soy buena”.

Me apasiona mucho el trabajo clínico, pues eso de trabajar con la gente, con su mundo interno y sus relaciones, me resulta de lo más interesante. Creo que he logrado superar el deseo de rescatar gente, y lo hice cuando me rescaté a mí misma, pero me sigue encantando conocer la vida de mis pacientes y acompañarlos hasta donde tengan que llegar” (DMA).

La siguiente cita ejemplifica el agradecimiento detallado de un cliente para el terapeuta y podemos suponer la alegría y satisfacción que él experimenta. A la vez podemos darnos cuenta de que la validación externa por parte de los clientes puede ser también un punto de quiebre cuando esta validación no aparece porque los clientes no la manifiestan o no vienen a consulta o por otras razones de fallas en la terapia percibidas o imaginadas.

Tuve una sesión de despedida en la cual los pacientes que atendí me dijeron lo siguiente: “Te agradezco porque las opiniones que me dirigiste me hicieron reflexionar y recapacitar, te agradezco por guiarme en momentos difíciles, gracias por la gran tranquilidad y confianza que transmites; agradezco tus comentarios; gracias por tu sonrisa; agradezco tu atención al escuchar mis relatos” (NAH). Reconocen algunos participantes que en su carrera hubo altibajos, pero todos manejables, también se reconoce que se es afectado en la propia seguridad por los vaivenes profesionales. En nuestra muestra no tuvimos ningún caso reconocido en la posición de quemado, todos los participantes, sin excepción, se ubicaban dentro de la categoría de satisfechos, de terapeutas resilientes.

En la primera institución en la que trabajé aprendí los fundamentos de la terapia, el escuchar, la empatía, a conocer diversas problemáticas pues venían todos los días a consulta padres con niños y adolescentes con diferentes problemáticas, la diversidad era el tono común.

Fases

De la mano del maestro o del azar (no caerse ni hacer daño)

Ya desde mi formación y en relación con mi tesis sobre la pareja me fueron llamando la atención los asuntos familiares y la terapia familiar por libros de diferentes autores como Watzlawick. Durante la carrera de Psicología pude hacer la formación en psicoanálisis y en terapias humanistas. Como parte de la formación psicoanalítica se incluía la terapia personal que es de gran ayuda. La terapia propia pude hacerla con dos psicoanalistas diferentes en enfoque, edad y género, lo que me dio también una visión más flexible pues eran completamente diferentes, uno comprensivo y apoyador por simplificar mi apreciación, la otra persona más retadora.

Mis primeras experiencias concuerdan con las de la mayoría de los terapeutas, eran de incertidumbre, inseguridad, lo que me llevaba a querer conocer más con la lectura autodidacta, lo que no necesariamente aumentaba mi confianza por la discrepancia entre los éxitos fulminantes que aparecían en las descripciones de los libros y las mías en las que los éxitos eran más modestos y de ninguna manera tan espectaculares como las de los modelos famosos. Recuerdo lo difícil que era enfrentarme a las preguntas de los clientes sobre si estaba casado, si tenía hijos, etc. Cada día se iniciaba con algo de angustia pues no sabía uno lo que le podía esperar.

El primer supervisor de mi práctica era una persona muy culta tenía tres doctorados y bastante original en sus apreciaciones. Se jactaba de poder hacer un diagnóstico solamente viendo a la persona entrar a su consultorio y observándola detenidamente hasta que se sentaba, lo que la mayoría de las veces era acertada, aunque no siempre. El diagnóstico principal consistía en determinar que las personas no cumplían con su papel en la vida, ser padre, madre, hombre o mujer.

De este terapeuta aprendí la importancia de lo que él llamaba “Mordiente”, que eran intervenciones que hacían crecer, desafiar a los clientes. De todos los compañeros se aprendía mucho sobre todo en las juntas de análisis de los casos, pues cada uno tenía una vertiente diferente que aportaba aspectos interesantes. Del supervisor en terapia familiar me quedaron enseñanzas y prácticas muy valiosas para mi futuro desempeño, era una persona sumamente capaz en las relaciones con los miembros de la familia y con los supervisados. Otra persona que me influyó mucho fue el profesor Caruso por la sutileza, su humor y su apoyo.

Pudimos detectar dos rasgos en los terapeutas principiantes de nuestra muestra, el predominio de la inseguridad (p. e. “miedo a equivocarme”) con la esperanza de ir avanzando poco a poco y el entusiasmo confiado en sí mismo, en sus capacidades. MLA lo expresa así “Cuando inicié, hubo veces en que me sentía insegura de lo que hacía, tenía la necesidad de que alguien observara mi trabajo y me retroalimentara, pero al estar sola ya no tenía a la mano a quien preguntarle mis dudas y mis inquietudes de manera inmediata. Conforme avanzó el tiempo tuve que confiar cada vez más en mí misma, me fui sintiendo cada vez más segura en mi desempeño...”.

Ponerse de pie (intentando la independencia)

Poco a poco me fui distanciando de ese modelo enfocado en otros aprendiendo a poner en práctica el mío propio, trataba a las parejas y a la familia de acuerdo con los modelos de Minuchin, Haley, Selvini. Como la terapia familiar no era muy conocida entonces, mis intentos suscitaban la curiosidad de los demás, que me presentaban los casos difíciles para conocer mi juicio.

Algo que me fue llamando la atención desde el inicio, era la importancia de las anécdotas e historias en la terapia, mi colección de ellas se iba incrementando. Algunas veces he echado de menos el que no haya realizado una lista con las aplicaciones que realizaba. Eran mis técnicas preferidas y las más exitosas. Esta cualidad ya la tenía de pequeño pues recuerdo que contaba el cuento de “Las treinta noches” a los demás niños.

Una clienta vino tres años después de las sesiones a buscarme intempestivamente para comunicarme que un relato que le había contado sobre un águila la había ayudado a través de sus múltiples crisis, entre las que estaba el divorcio. No pude menos que recalcar la importancia de que el águila de aquí en adelante fuera ella misma.

En Alemania formaba parte de un grupo de formación conductista, en el que revisábamos los casos y teorías. Como ya era un grupo muy avanzado me pareció interesante comentarles mis propias experiencias sobre terapia familiar y de ahí surgió un grupo para formarnos en terapia familiar con un maestro experto al que contratamos para la supervisión de nuestros casos. En principio no hubiera creído que un grupo conductista se interesara por la terapia familiar.

La formación era muy dinámica pues el grupo era muy heterogéneo, se practicaba la terapia con casos reales en una habitación con espejo unilateral detrás del cual

se encontraba el supervisor y los demás terapeutas para discutir el caso en la pausa preparando la siguiente línea de intervención.

Decir “no”, desafiar (el engreimiento)

Con el tiempo y la acumulación de vivencias positivas se fue generando en mí la idea de que ya conocía casi todo, ya no podía asustarme nada y que toda mi vida sería la repetición de alguna experiencia pasada ya dominada por supuesto. Por lo que vislumbraba que la práctica tendería a ser tediosa.

Para evitar ese posible tedio, me di a la tarea de probar nuevos procedimientos p. e. grupos de parejas y familias. Recuerdo la invitación de un juez, por medio de un trabajador social, para llevar a cabo un taller con un grupo de jóvenes menores de edad presuntos delincuentes. No me preocupé mucho de la propia seguridad así que acepté, el lugar apartado en medio del bosque, lo que obviamente no era adecuado, pero concordaba con mi actitud pretenciosa de que sería capaz de resolver cualquier dificultad que pudiera presentarse.

Anhelar el grial (la ilusión)

Lo que me impresionaba era algo que ya iba intuyendo. Los grandes maestros que en un tiempo yo tendía a imitar, con el tiempo decían que habían descubierto otros aspectos importantes y que lo que habían experimentado con anterioridad y enseñado no tenía un valor absoluto sino relativo a un determinado tiempo y contexto.

En cuanto a mi actitud ante los diferentes modelos, algo siempre no cambió y era mi gusto por integrar diferentes modelos, nunca pude identificarme con uno determinado. Por eso me impresionaba un compañero que usaba el modelo cognitivo conductual, seguía perfeccionándose siempre y no veía la necesidad de estudiar o conocer otros modelos diferentes. Tenía la capacidad de que cuando encontraba algún elemento importante lo podía asimilar y encuadrar exitosamente dentro del modelo propio.

Tengo un conflicto, me gustaría adentrarme solamente en un modelo y sin embargo me encanta conocer muchos y probarlos. Quisiera conocer el secreto para

aplicar, como una receta de cocina o como una guía de turistas para conocer el camino que lleve al destino, lo que me preguntan los alumnos, pero aún no lo he descubierto ni creo que sea posible.

Buscando la ruta en el océano (nueva actitud)

Esas etapas anteriores no duraron mucho tiempo pues pronto empecé a darme cuenta de que era al revés, cada experiencia era única, tenía un tinte especial. Los encuentros con los clientes van acompañados de cierta fascinación. Las experiencias podrían superficialmente ser semejantes, pero en el fondo eran diferentes, por lo que cada situación era más bien un reto.

Cada familia o persona exigía una visión novedosa, las personas no reaccionaban de la misma manera ante mis intervenciones o sea que un desempeño exitoso en un caso no necesariamente lo era en el siguiente, de ahí surgió siempre la necesidad de conocer aún más, de ser creativo, inventivo y experimentador en las intervenciones. Otra cosa que cambió fue creer más en las actitudes y propuestas de los clientes y no tanto en la magia de las técnicas que según iba viendo cambiaban en modas pasajeras que se encendían en un momento y desaparecían en otro.

MLA asevera lo siguiente por lo que la podemos considerar dentro de la fase de competente “buscando formas creativas y novedosas para abordar la problemática... siempre estoy muy abierta a la vida y me llega la respuesta de lugares que ni había imaginado”.

No me considero un maestro sino un aprendiz avanzado. La época presente se caracteriza por las *sorpresas*, de las que menciono algunas a continuación. El proceso terapéutico va envuelto en sorpresas, aunque algunas veces parezca muy lógico. Cuando parece que no ocurre nada, puede suceder.

Siempre me parecía sospechoso que ante un fracaso se echara la culpa fácilmente al cliente y no se reflexionara sobre la reciprocidad de la relación. Se puede encontrar algo fascinante en las reuniones de terapeutas, por ejemplo en una sesión científica. Hace algunos años me sorprendió un terapeuta renombrado, con mucha experiencia, cuando contestó a mi pregunta al respecto que en su modelo no se ponían metas. ¿En qué dirección y rumbo mantenía sus esfuerzos?

Me llama la atención que los terapeutas hablan mejor de los clientes que de sí mismos, cada uno parece competir por el cliente más complicado. Cada cliente asume el modelo de su terapeuta de tal modo que cuando un cliente habla de su terapia puede uno detectar el modelo que aplicaron, por lo que el encuadre de objetividad y de no directividad que se predica a menudo parece algo ilusorio.

Me sorprendía antes, ahora ya no, que diferentes terapeutas podían tener éxito. Me llama la atención que personas sin preparación especial se enfrascaran en la práctica profesional y a pesar de esto tienen éxito. Me sigue llamando la atención que terapeutas, en lo personal no muy brillantes, pueden serlo para sus clientes. Me sorprende que la percepción e interpretación de los sucesos y del proceso terapéutico sea muy diferente en los clientes y en los terapeutas. Los mundos no dejan de ser diversos. En un congreso me encontré con una amiga terapeuta y discutimos sobre su ponencia en la que afirmaba con múltiples datos que los niños encopréuticos provenían de familias funcionales, a mí me parecía lo contrario.

Estas sorpresas, entre muchas otras, me llevan a la conclusión de que lo que consideramos como una cosa importante quizás no lo sea tanto y que no sepamos mucho todavía de las experiencias que llevan al éxito. Mi primer supervisor solía decir que en nosotros se descargaba la basura de la ciudad, refiriéndose a los aspectos muchas veces difíciles de comprender, el lado oscuro de las personas, lo que ciertamente puede ser verdad, pero a mí me llama más la atención la fortaleza que muestran las personas ante las adversidades de la vida y la entereza con la que suelen salir a flote. No solamente admiro la trayectoria de muchos clientes, sino que también dejan un aprendizaje valioso.

Como anécdotas interesantes puedo mencionar las siguientes: Había terminado el tratamiento con una familia. La madre llamaba una vez al año preguntado si yo continuaba trabajando allí. Al preguntarle la secretaria por qué siempre llamaba para hacer esa pregunta sin requerir una cita, respondió la persona que el que yo estuviera ahí le daba seguridad por si alguna vez llegaba a necesitarme. Un joven adulto de una familia monoparental que no quería nada de la terapia, pero que acudía por mandato del padre, al que yo, para sacar algún provecho de las sesiones, intentaba motivar para que estudiara algo y llegara a ser un buen abogado, me dijo “Disculpe, usted está suponiendo que un buen abogado es el que conoce y aplica bien las leyes, pero no es así, los juicios se ganan poniendo dinero sobre la mesa del juez”.

Siempre aprende uno algo de todos los clientes. Una situación difícil que aprendí a asimilar poco a poco fue el no asustarme de los silencios prolongados, que algunas veces podrían durar durante muchas sesiones.

Estructura

Las fases parecen corresponder a una estructura progresiva es decir que los terapeutas van acumulando experiencia positiva, van sintiéndose cada vez más confiados en sus cualidades y más seguros en sus intervenciones. “Siento avance, cada día se tiene una experiencia nueva y aprendemos cada momento” (PLJ). “Tengo mayor madurez” (LVL), ha podido desarrollar más “el ojo clínico” y mayores habilidades. “Mayor crecimiento” (OBY). “He entendido la importancia de llevar un procedimiento, pero también que no existen recetas de cocina, que debes ser capaz de buscar alternativas adecuadas puesto que alguien confía en que le vas a dar un apoyo para enfrentar su situación” (MLV). “He adquirido mayores habilidades en un proceso de crecimiento, que ahora me da mayor seguridad en mi trabajo día a día” (MLV). “Al principio tenía conocimientos...pero no fue realmente sino hasta la práctica como realmente encontré significatividad a lo que había aprendido” (MLV).

Autoliderazgo

Recursos que utilizaban para salir a flote de las dificultades. Los pacientes difíciles eran canalizados. Los atorones en la terapia se administraban con ayuda de supervisión o con la cooperación de sus maestros. Una actitud de humildad caracteriza a los terapeutas participantes. Se conserva la necesidad de aprender que es uno de los rasgos importantes para combatir el aburrimiento y el agotamiento. Combinar varias estrategias, en concordancia con los movimientos integradores, es también un elemento importante contra el estancamiento (Alarcón, 2010; Coleman, 1985; Mirapeix, 2010).

Participar en congresos, diplomados, así como lecturas, son medios usados para la actualización (cuidar el crecimiento). “He tomado cursos de personalidad y algunos otros vivenciales de crecimiento” (PLJ). “Ahora entiendo que la terapia implica

una gran responsabilidad ante la cual es importante que valore mis recursos y mis limitaciones.

“Creo que recursos tengo pero necesito desarrollarlos y tal vez sea ésta una de mis limitaciones el no ejercerlos aún” (BRG).

“También puedo decir que dos de mis principios fundamentales en consulta son ser ética y comprometida. Estuve siete años en terapia, en psicoanálisis específicamente, y llevo como seis años en supervisión. Desde que acabé la carrera no he dejado de estudiar, pues, aunque no he tenido la ocasión de estudiar una maestría, tengo como meta cada año estudiar o un diplomado o dos cursos, y siempre lo he hecho menos cuando nació mi bebé.

Y pienso que el hecho de tener mi agenda a tope, desde hace un par de años, habla de que la gente me percibe como buena terapeuta, pues en esta chamba los pacientes llegan por recomendación, no por anunciarse en “la sección amarilla”, ¿no crees?” (DMA). Como *fortalezas* reconoce PLJ “la connotación positiva y el enfoque estratégico”. “Soy práctica y coloquial” (LVL).

MLV menciona “la experiencia, el apoyo de compañeros, la confianza en que eres capaz de enfrentar las adversidades, la fortaleza personal de continuar en un proceso de actualización y crecimiento”. “Mi fortaleza es continuar adelante a través de constancia, perseverancia dedicación” (MLV).

Limitaciones

“Aunque de repente hay pacientes que no están satisfechos o no hubo la empatía necesaria”, “me faltan habilidades de persuasión” (LVL). “A veces no soy tan objetiva e imparcial” (OBY). Aunque la conciencia de los propios errores y la habilidad de ir mejorándolos es una actitud adecuada, también he observado que muchos clientes son comprensivos con los errores de los terapeutas, sobre todo cuando existe una alianza firme y los olvidan fácilmente.

Resolución de dificultades: propongo planes diferentes, aunque no siempre son aceptados (LVL) “...me he topado con algunas dificultades... involucrarme activamente, ganarme la confianza y trabajar en equipo... compartir mis conocimientos, pero reitero más que dificultades han sido retos, han sido oportunidades para crecer” (MAS). “Requiero de asesoría para casos difíciles” (OBY). Ante las dificultades MLA

afirma "...improviso y creo que "Dios me ilumina" porque he salido bien librada de mis errores...". "Pero bueno, no todo es miel sobre hojuelas, pues tengo mis errores. Uno de ellos es que soy indisciplinada para llevar los expedientes al día, porque me cuesta mucho trabajo transcribir cada sesión...he de confesar que casi no lo hago, porque malamente confío demasiado en mi memoria.

Otra falla que reconozco tener es que a veces tardo en aceptar que no puedo con algún caso; es que me gana de repente la omnipotencia y de momento quiero creer que puedo con todo, pero bueno, ahí la llevo, porque ya tengo claro qué tipo de pacientes de plano mejor remito: hombres violentos, casos de violación, pacientes psiquiátricos específicamente bipolares y adictos.

Esos me rebasan y sé por qué. También sé que tengo que estar muy pendiente de cuando me desespero con algún paciente que avanza muy lento, pues por naturaleza soy impaciente y aunque me cuesta algo de trabajo, cuando me cacho, uso eso como herramienta y me logro autocontrolar, pero no me es fácil. Otro de mis puntos flacos en esto es el trabajo con niños, y aún no tengo claro el porqué...como que me aburro con ellos, pero pues tengo que trabajarlo o de plano dedicarme a adolescentes y adultos solamente...ando en esas" (DMA).

"Y bueno, quiero seguir preparándome más para hacer una mejor labor en el consultorio, porque sí tengo claro que, profesionalmente hablando, esto es lo que quiero hacer toda mi vida, hasta que la senilidad me alcance" (DMA). Entre las diversas dificultades que se encuentran, se mencionan, por ejemplo, cuando no se tiene retroalimentación sobre lo que se hace, es decir, incertidumbre sobre si se hace bien o mal; "Cuando el paciente tiene un concepto desvirtuado de lo que es la terapia" (PLJ).

Sé reconocer las limitaciones y dificultades que se suelen resolver con estudio, supervisión, discusiones con compañeros, nuevas formas de afrontar la situación (flexibilidad), remisión de clientes a otros terapeutas.

Un elemento a tener en cuenta son las vicisitudes de la vida que afectan personalmente a los terapeutas, por ejemplo divorcios, enfermedades que repercuten en el desempeño profesional si los terapeutas no son capaces de dominarlas adecuadamente lo que a veces es un tanto complicado y difícil de conseguir. Recuerdo en especial una temporada larga y difícil en mi vida personal por un problema de enfermedad de mi hija que repercutía negativamente en el desempeño.

Equilibrio

Los terapeutas son conscientes del posible desequilibrio que podría traerles una absorción intensa en el trabajo terapéutico lo que prevenían por el contexto en el que la práctica de terapia se combinaba con la práctica docente. La práctica de la psicoterapia se combina con el cuidado de sí mismos tanto en el tiempo libre como en mantenimiento de una red de apoyo social, profesional e íntima. El aislamiento se compensaba con las buenas relaciones con los compañeros. El peligro de las autoilusiones con la supervisión y reflexión. “Mientras más aprendo lo relacionado con la terapia, me doy cuenta de que cada vez me falta más por aprender... ¡qué paradoja!” (DMA).

La actualización es importante.

“Cada año tomo algún curso relacionado con mi área” (LVL). “Tomo cursos y talleres” (OBY).

Valoración de la formación

“Fue positiva, adecuada, lo aplico y me ha servido de mucho” (LVL). OBY echa de menos “mayor asesoría y supervisión”. Esta afirmación resume la opinión unánime de todos los terapeutas por igual. También coinciden todos en que buscaron más alternativas a las aprendidas.

Estrés

En una institución, los problemas del grupo entero eran por la manera de liderar el equipo por parte del jefe.

La discrepancia entre lo personal y lo profesional, por ejemplo cuando en lo profesional afirmaba alguna actitud que yo no realizaba en la vida personal, sentía una comezón como si estuviera engañando a la vez que un deseo intenso de superarme para lograr la congruencia. Cuando tenía una agenda muy apretada y no me daba tiempo de preparar la siguiente sesión o elaborar la pasada.

Las fallas a la consulta eran al principio difícil de digerir pues no concordaba con mi autoconcepto. Una vez realicé un estudio sobre los clientes que habían faltado en los últimos seis meses encontrando que la mayoría no habían vuelto porque consideraban que se habían cumplido las expectativas para las que me habían consultado. Aprendí de esta experiencia a apreciar la terapia breve y a considerar cada sesión como si fuera la única y la última por lo tanto a sacar el mayor provecho posible.

Difícil era para mí, al inicio, muchas veces dominar el arte de convencer a las personas de algo que consideraba muy importante. ¿Por qué tenían que ser de la misma opinión?

La sensación de estar empantanado por un tiempo prolongado me producía un sabor amargo al inicio de mi carrera.

CONCLUSIONES

La tarea del terapeuta es fascinante, pues permite acompañar a los clientes en su viaje por el camino y los obstáculos de la transformación. Por otra parte, también tiene su lado oscuro, por lo que el conocer la problemática de los terapeutas a lo largo de su ciclo personal y profesional es imprescindible para aumentar la salud de ellos y así por consiguiente potenciar la de los clientes (Tena-Suck y Vírseda, 1995; Yalom, 2009).

En suma, “un buen terapeuta es aquel que, consciente de las inevitables limitaciones y carencias inherentes a todo proceso de formación, se preocupa activamente por ampliar y perfeccionar su repertorio de herramientas y capacidades profesionales” (Ceberio, 2005: 185), sin temor a añadir por mi parte, también perfeccionar las capacidades personales en igual modo. Beutler, Machado y Neufeldt (en Fernández-Álvarez, 2005) resumen así las variables del terapeuta: la identidad del terapeuta es más importante que el modelo que practica, algunos terapeutas producen sistemáticamente más efectos positivos que otros, y otros producen efectos negativos.

El proceso que se desprende de la muestra de los terapeutas es el de estar contentos con lo que hacen, pero son conscientes de que deben seguir aprendiendo, seguir con el crecimiento, superando las dificultades.

Para finalizar, presento algunas preguntas reflexivas para los terapeutas en la fase y contexto en el que estén y también para los lectores (agradezco esta recomendación sumamente relevante a un revisor desconocido para mí) como vía de exploración de algunos elementos centrales para el quehacer terapéutico.

¿Cómo ha sido mi formación, actualización, supervisión?, ¿reflexiono sobre el inicio de las sesiones y del tratamiento, desarrollo y final?, ¿cuáles son mis fortalezas y debilidades?, ¿cómo realizo procedimientos para mejorar mis habilidades y cualidades?, ¿cómo recibo y busco la retroalimentación del cliente?, ¿cómo me comporto ante un error, dificultad?, ¿qué realizo para mantener equilibrio en mi vida personal y profesional?, ¿he llegado a la cima de mis posibilidades o aún puedo mejorar?, ¿aprendo de mis clientes?, ¿se repiten mucho las experiencias en terapia o hay novedades frecuentes?, ¿estoy a gusto en la profesión?, ¿siento crecimiento y enriquecimiento?, ¿ayudo a compañeros en dificultades?, etcétera.

Retomando el subtítulo del presente artículo, para finalizar, el terapeuta tiene una cara, pero muchos rostros y por supuesto miles de historias que contar. Érase una vez un terapeuta que...

REFERENCIAS

- Alarcón S., M. D. (2010). Una breve revisión sobre los efectos del terapeuta en los resultados de la terapia. *11o. Congreso Virtual de Psiquiatría 2010*, www.interpsiquis.com
- Armstrong, Th. (2007). *The human odyssey. Navigating the twelve stages of life*. Sterling, Nueva York.
- Ávila, E. A.; Caro G., I.; Orlinsky, D.; Rodríguez O. S.; Coscolla I. A. y Alonso A. M. (2002). "Percepción del desarrollo profesional del psicoterapeuta en España". *International Journal of Psychology and psychological Therapy*, Vol. 2, No. 002, 199-218.
- Bonnano, G. A. (2004). "Loss, trauma and human resilience". *American Psychologist*, 59, 1, pp. 20-28.
- Carpenter, J. y Treach, A. (1993). *Problemas y aplicaciones en terapia familiar y de pareja*. Barcelona, Paidós.
- Carvajal, F. C. (2012). Desarrollo de la persona del terapeuta y su influencia en el quehacer profesional: desde la mirada de los experimentados. Tesis para el grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile. Departamento de Psicología.
- Ceberio, M. R. y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona, Paidós.
- Clark, P. (2009). "Resiliency in the practicing Marriage and family Therapist". *Journal of Marriage and Family Therapy*, 35, 2, 231-248
- Coleman, S. (comp.) (1985). *Failures in Family Therapy*. Nueva York, Guilford Press.

- Daskal M., A. M. (2017). *La persona del terapeuta*. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (comps.) (2005). *La integración en psicoterapia*. Barcelona, Paidós.
- Fernández L., A. y Rodríguez V., B. (2003). *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao, DDB.
- Gibbs, G. (2009). *Analyzing qualitative Data*. Londres, Sage.
- Gotlib, I. H. & Wheaton, B. (eds.) (1997). *Stress and adversity over the life course: Trajectories and turning points*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona, Paidós.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Kleinke, C. L. (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao, DDB.
- Kopp, Sh. B. (1981). *Guru. Metáforas de un psicoterapeuta*. Barcelona, Gedisa.
- Kottler, J. A. (2010). *On being a Therapist*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Lamia, M. C. y Krieger, M. J. (2009). *The white knight syndrome. Rescuing yourself from your need to rescue others*. Oakland, CA: New Harbinger Pu.
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Barcelona, Paidós.
- McAdams, D. (1993). *The Stories we live by. Personal Myths and the Making of the self*. Nueva York, Guilford Press.
- Mirapeix, C. y de Rivera, L. (2010). *Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia*. 11o. Congreso virtual de Psiquiatría 2010. www.interpsiquis.com
- Miller, J. K.; Todahl, J. L. y Platt, J. J. (2010). "The core competency movement in marriage and family Therapy: key considerations from other disciplines". *Journal of marital and Family Therapy*, 36, 1 59-72.
- Paris, E.; Linville, D. y Rosen, K. (2006). "Marriage and Family Therapist` experiences of growth", *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 1, 45-58.
- Pérez G., A. (2015). *Ser terapeuta. 30 años navegando en mundos ajenos*. México, Manual Moderno.
- Protinsky, H., y Coward, L. (2001). "Developmental Lessons of seasoned marital and family. Therapist: a qualitative Study", *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 3, 375-385.
- Ramírez R., L. (2016). "Dilemas y tensiones en la transición del aula universitaria a la práctica preprofesional en estudiantes de psicología", *Educación*, Vol. 25, No. 58.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona, Paidós.

- Rosenberg, T. y Pace, M. (2006). "Burnout among mental health professionals: special considerations for the marriage and Family Therapist", *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 1, 87-100.
- Ronnenstad, M. H. y Skovholt, Th. M. (2001). Learning Arenas for Professional Development: Retrospective Accounts of senior Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 2, pp. 181-187.
- Ronnestad, M. H. y Skovholt, Th. M. (2003). "The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development". *Journal of Career Development*, Vol. 30, No. 1. Disponible en <https://drjeffchang.webs.com/Ronnestad%20&%20Skovholt%20original.pdf>
- Skovholt, Th. M. y Jennings, L (2016). *Master Therapists: Exploring Expertise in Therapy and Counseling*. Nueva York, Oxford University Press
- Tena-Suck, A. y Vírseda H., J. A. (1995). "Salud mental en profesionales de la salud: Un estudio descriptivo". *Revista mexicana de psicología*, 12, 1, 63-69.
- Vírseda H., J. A. (1995). "Terapeuta, familia y salud. El trono vacío". *Revista Iberoamericana*. 3, 1, 56-60.
- Vírseda H., J. A. y Espinosa S., M. R. (2009). "Aspectos relacionados con la persona del terapeuta en estudiantes de terapia familiar". *III Congreso Latinoamericano de Psicología. Ulapsi 2009*. México, 9-11 de septiembre.
- Vírseda H., J. A. (2018). "Trayectoria vital resiliente de las personas afectadas por la tortura", en A. Vírseda, J. López, A. Miranda y J. M. Bezanilla. *Perspectiva psicosocial de los Derechos Humanos*. Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Whitaker, C. A. y Bumberry, W. M. (1988). *Danzando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial*. Barcelona, Paidós.
- Whitaker, C. A. (1989). *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*. Barcelona, Paidós.
- White, Ch. y Hales, J. (coll.) (1997). *The personal is the professional. Therapists reflect on their Families, Lives and Work*. Adelaide: Dulwich Centre Pu.
- Yalom, I. D. (2009). *The gift of Therapy*. Nueva York, Harper Perennial.

AUTORES

PATRICIA BALCÁZAR NAVA

Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana, profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Docente en nivel medio superior, superior y posgrado en diferentes universidades privadas y en la UAEMéx. Centra su línea de investigación en la Psicología de la salud y la violencia. Miembro del SNI desde 2013. Pertenece al cuerpo académico “Clínica y familia”.

Correspondencia: pbalcazarnava@hotmail.com

CARMEN BERENICE CARO

Practicante de la Licenciatura en Psicología en la UAEMéx.

Correspondencia: ccarog875@alumno.uaemex.mx

RICHARDISON DA COSTA

Licenciado en Psicología, Universidad Anhanguera de Jundiai, Sao Paulo, Brasil. Maestrante en terapia cognitivo conductual, Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual, Toluca. Licenciado en Ciencias Religiosas. Miembro de la Alamac. Terapeuta en el Centro de Estudios y Servicios Psicológicos (CESPI) de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Docente en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMéx. Ha impartido múltiples conferencias.

Correspondencia: richard.psico@hotmail.com

ELIZABETH ESTRADA LAREDO

Doctora en Ciencias con énfasis en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México. Profesora investigadora de la Facultad de Ciencias de la Conducta,

Integrante del Cuerpo Académico de Clínica y Familia, Perfil PRODEP desde 2015, sus investigaciones se centran en estudios relacionados con la inteligencia emocional y bienestar psicológico. Actualmente es coordinadora de la Licenciatura en Psicología. Desarrolla y coordina el Programa de Educación Positiva, el cual se está ofertando a alumnos de la Facultad de Ciencias de la Conducta.

Correspondencia: cestradal@uaemex.mx

MIGUEL ANGEL GAMA ÁVILA

Estudiante de Licenciatura en Psicología de la UAEMéx. Colaborador en prácticas profesionales en Evaluación neuroconductual en el CESPI.

AURA YARETH GONZÁLEZ SÁNCHEZ

Estudiante de Licenciatura en Psicología de la UAEM. Colaboradora en prácticas profesionales en evaluación neuroconductual.

GLORIA MARGARITA GURROLA PEÑA

Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana. Profesora Investigadora (UAEMéx), líder del Cuerpo Académico Clínica y Familia (SEP /079), centra su investigación en violencia y salud mental. Perfil deseable (SEP, PRODEP), pertenece al sistema nacional de investigadores nivel 1.

Correspondencia: mgurrolaunid@hotmail.com

ALEJANDRO GUTIÉRREZ CEDEÑO

Licenciado en Psicología por la UAEMéx. Maestría en Psicología de la Salud en las Organizaciones. Certificado Internacional en Aprendizaje Acelerado. Diplomado en Competencias Digitales para la Práctica Educativa. Estudios en sexualidad humana, en el Instituto Mexicano de Sexualidad. Coordinador de Atención a la Juventud en el Estado de México. CREA MEXIQUENSE. Coordinador Académico del Centro de Capacitación de Recursos Humanos de la UAEMéx. Coordinador de la Licenciatura en Psicología en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMéx. Profesor

de asignatura en las licenciaturas de Educación y Psicología en la misma Facultad. Miembro de la Academia de Psicología Laboral en la UAEMéx. Evaluador del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP). Coordinador de Extensión y Vinculación de la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMéx.

Coordinador del Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales de la UAEMéx.

Coordinador y expositor de los foros sobre la propuesta de la Ley sobre salud mental, en la Cámara de Diputados del Estado de México.

Correspondencia: alexguca68@hotmail.com

ANA ELENA HERNÁNDEZ NAVARRETE

Licenciatura en Psicología, en la UNAM, Campus Ciudad Universitaria. Diplomado en Psicoterapia Sistémica en Parejas en FES Iztacala, de septiembre 2018 a la fecha. Diplomado en Tanatología en el IMSS Centro Médico Siglo XXI. Psicoterapia en violencia de género y consejería en salud sexual en la Facultad de Psicología UNAM en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad. Profesora en el Seminario de Tanatología en el Instituto Mexicano de Certificación (IMC), campus Zaragoza.

Correspondencia: zyanya_ahn@hotmail.

ALEJANDRO LARA FIGUEROA

Doctorado en Ciencias con énfasis en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx); Maestría en Educación Superior, por la misma Universidad. Licenciatura en Psicología Social por la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. Diplomado en Educación Bilingüe y Derechos Indígenas (UPN, INI, AMDH). Diplomado en Manejo Terapéutico de Grupos en Crisis Emocional en Caso de Desastres, Cruz Roja Mexicana, APSIDE, UNAM. Jefe del Departamento de Servicio Social y Prácticas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Conducta.

Correspondencia: alejandro.pukuj@gmail.com

ALEJANDRA MOYSÉN CHIMAL

Licenciada y maestra en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Doctora en Investigación Psicológica por la Universidad Iberoamericana (UIA). Diplomado en Psicología de la Salud, en Introducción a la Filosofía Existencial, en Counseling, en Educación Emocional. Perteneció al cuerpo académico “Clínica y Familia”. Coordinadora de la Licenciatura en Psicología en la UAEMéx. Directora de la Facultad de Ciencias de la Conducta 2006-2010.

Correspondencia: amoyesen@hotmail.com

IMELDA ZARIBEL OROZCO RODRÍGUEZ

Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx); docente jefa del Departamento de Tutoría Académica de la misma Facultad. Vocal en la mesa directiva de Psicólogos sin Fronteras México. Responsable de la corrección de estilo de la revista internacional *Psicología sin Fronteras*.

Correspondencia: zaribelo@gmail.com

MARÍA DEL ROSARIO PORCAYO MERCADO

Maestra de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta. Experta en el programa de Evaluación neuroconductual en niños menores de 12 años en el CESPI.

Correspondencia: rosporcayo@hotmail.com

RAFAEL REVUELTAS MIRA

Licenciado en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx) (2017). Diplomado en Intervención en Crisis, por la misma Universidad. (2017). Subcoordinador de Línea para atención psicológica en Línea de Atención Psicológica Universitaria de la UAEMéx (2017 – actual). Psicoterapeuta en Centro de Estudios y Servicios Psicológicos Integrales de la UAEMéx (2015 – actual).

Correspondencia: rafael.reveltas.m@gmail.com

MARTHA CECILIA VILLAVECES LÓPEZ

Doctora en Ciencias con énfasis en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México. Profesora-investigadora de medio tiempo en la Facultad de Ciencias de la Conducta. Integrante del cuerpo académico de Clínica y Familia, sus investigaciones se centran en estudios relacionados con la calidad de vida y con la salud, y bienestar psicológico. Desarrolló y coordina el Programa de Educación Positiva, el cual se está ofertando a alumnos de la Facultad de Ciencias de la Conducta.

Correspondencia: mcvillavecesl@uaemex.mx

LUIS JAVIER VILLEGAS LÓPEZ

Licenciatura en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Investigación: Diagnóstico psicodinámico en pacientes que solicitan atención en el CESPI.

Correspondencia: luis_javv@hotmail.com

JOSÉ ANTONIO VÍRSEDA HERAS

Licenciatura en Filosofía por la Universidad de Madrid, España. Maestría en Teología por la Universidad de Innsbruck, Austria y Doctorado en Filosofía (Psicología y Pedagogía) por la Universidad de Salzburgo, Austria. Director del Departamento de Psicología en la Universidad Iberoamericana (UIA) 1989-1994. Editor de la *Revista de Psicología* de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx) 2012-2014. Docente en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMéx.

Se realiza un breve resumen de las diversas aportaciones y estrategias en las que se refleja el trabajo arduo y multifacético del Centro de Estudios Psicológicos Integrales (CESPI), ampliado por enfoques de tutoría y de docentes que complementan, de manera integral, esa labor terapéutica de atención a los problemas de salud mental y bienestar psicológico de los alumnos y otras poblaciones. Hay que mencionar, en especial, los procedimientos originales del CESPI itinerante y las diferentes estrategias para la atención a estudiantes en aras de la comprensión, prevención e intervención hacia su mayor bienestar psicológico, que además incluyen metodologías de investigación, propuestas de intervención y experiencias en el ámbito, convirtiéndose en un documento de difusión de conocimientos y metodologías que abonan a la promoción y atención de la salud mental para el interés de la academia y del público en general.

SDC