UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

8VO SEMESTRE

**INVESTIGACIÓN**

Principales Causas por las que estudiantes de la Universidad Guadalajara Lamar abandonan el proceso terapéutico que ofrece CAPI.

**Arellano Berumen María Esther**

**Arreaga Santana María Elena**

Lunes 03 de Diciembre del 2012

Índice

Introducción…………………………………………………………………………………3

Antecedentes………………………………………………………………………………...4

Planteamiento del problema…………………………………………………………………5

Objetivo……………………………………………………………………………………..5

Justificación………………………………………………………………………………..5

Marco conceptual……………………………………………………………………………6

Marco metodológico………………………………………………………………………15

Referencias bibliográficas………………………………………………………………….18

Anexo………………………………………………………………………………………19

Introducción

La presente investigación se llevo a cabo en el centro de atención psicológica integral CAPI, el objetivo de dicha investigación es encontrar los principales motivos por lo que alumnos de la Universidad Guadalajara Lamar no concluyen su tratamiento de psicoterapia breve que se ofrece en dicho centro.

Es una recopilación donde se justifica el para qué de la investigación, misma que es sustentada con autores que tocan el tema y que validan nuestro punto de vista.

Antecedentes

La Universidad Guadalajara Lamar, fue fundada en 1979, es una de las universidades privadas en Guadalajara, México. Se encuentra incorporada a la Universidad de Guadalajara, haciendo ésta válidos todos los estudios impartidos en las 17 carreras.
La filosofía educativa de la Universidad Guadalajara LAMAR es el gran marco que orienta su vida institucional y da soporte a los proyectos: académico, formativo y ambiental de la Institución.
Existe un Sistema Institucional de Tutorías en la Universidad Guadalajara LAMAR que es un conjunto de acciones dirigidas a la atención individual del estudiante, aunado a otra serie de actividades diversas que apoyan a la práctica tutorial. Como complemento al Programa Integral de Tutorías, la Universidad LAMAR ofrece el servicio de Atención Psicológica de manera gratuita mediante el CAPI. En el se ofrece apoyo a grupos de alumnos con problemas homogéneos y atención individual a estudiantes o personal administrativo para lo cual se debe llenar el formulario que aparece a continuación a fin de poder programar cita.

Planteamiento del problema

El centro de atención psicológica integral (CAPI), brinda apoyo a los alumnos de la Universidad Guadalajara Lamar que presentan algún tipo de conflicto emocional; el proceso psicoterapéutico que ofrece CAPI consta de seis a ocho sesiones con el fin de que dicho proceso no afecte las actividades escolares del alumno, por lo que el cumplimiento puntual a las sesiones es vital tanto para poder completar el cierre del proceso, como para generar el cambio deseado que el alumno en un inicio busca. La mayoría de los expedientes que se encuentran en CAPI no concluyen el proceso terapéutico breve, no cumpliendo entonces el objetivo primordial de este espacio.

Objetivo

Conocer las principales causas por las cuales los alumnos desertan al proceso terapéutico que el Centro De Atención Psicológica Integral les ofrece.

Justificación

La Universidad Guadalajara Lamar, preocupada por el bienestar psicológico y emocional de sus alumnos, ofrece de manera gratuita el servicio de CAPI (Centro de Atención Psicológica Integral) aquí se trabaja mediante psicoterapia breve 6 a 8 sesiones ya que esta se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio.

El principal objetivo de este espacio es que los alumnos resuelvan dudas, conflictos emocionales, de pareja, problemas escolares etc., para que su rendimiento académico no se vea afectado. El objetivo de este centro de atención psicológica se ve afectado ya que muchos de los jóvenes que asisten a CAPI dejan inconcluso su proceso terapéutico y por consecuencia no se realizan las modificaciones que el alumno deseaba a partir de su motivo de consulta.

Al realizar esta investigación se pretende conocer cuáles son las Principales Causas o motivos por la cual los estudiantes de la Universidad Guadalajara Lamar abandonan el proceso terapéutico que ofrece CAPI. Para poder hacer los ajustes necesarios para que el principal objetivo de CAPI se cumpla sin interrupciones y así beneficiar al alumnado.

Marco conceptual

**- Psicoterapia breve -**

Actualmente nos encontramos en un mundo de cambios acelerados e incluso dolorosos que han traído como consecuencia, la falta de unión familiar, presiones económicas , la pérdida de valores, entre otros , estos problemas aunados a los conflictos conductuales, depresivos y problemas en las relaciones de pareja, conflictos en el trabajo, adicciones, hábitos, problemas alimenticios, fobias, trastornos psicosomáticos, estrés, insomnio y un sin fin de trastornos de índole psicológico; demandan soluciones rápidas y adecuadas basadas en terapias breves y efectivas que eviten en la medida de lo posible los tratamientos tradicionales de larga duración.

La psicoterapia breve surgió como una necesidad de brindar apoyo rápido y concreto para aquellos pacientes que, por el contexto en que se encontraban, era muy difícil proporcionarles un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas. (Bellak, 1993)

La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU), es una psicoterapia de igual valor que las otras. Su corta duración, hablando de cinco a seis sesiones, permite la focalización y trabajo del síntoma principal, lo que hace eficaz el proceso, en situaciones de suma emergencia. (Bellak, 1993)

La Terapia es dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones, de igual forma se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso. Esto convierte al proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de Terapia Breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente). Trabajando con terapia Breve, paciente y terapeuta recorren el camino que lleva al paciente dejar de sufrir y a volver a tomar las riendas de su vida, acompañándole en la clarificación y consecución de objetivos.

La psicoterapia breve se orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas, dentro del mayor marco posible y después, proporciona la conceptualización más clara probable de las intervenciones psicoterapéuticas y suficientes. Se ve a la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje. La psicoterapia breve se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de la manera más eficaz. (Bellak, 1993).

**Perfil básico de la terapia breve, intensiva y de urgencia**

* Cinco o seis sesiones de 50 minutos, por lo general una por semana, debido a que este número parece adecuarse a la mayoría de los pacientes.
* Sesión de seguimiento un mes después
* Anamnesis completa debe ser exhaustiva y completa, donde se incluya:

 - historia del síntoma principal

 - síntomas secundarios

 - historia personal

 - historia familiar

* Valoración psicodinámica y estructural, se evalúan los impulsos y conflictos y la interacción del paciente con la realidad, el superyó y el yo. Esto tiene que ver con la interacción de las fuerzas responsables de la personalidad y posible patología del paciente.
* Consideración de los aspectos médicos y sociales: los aspectos médicos tienen que incluir la consideración de una serie de condiciones medicas que pueden representar, en sí mismos, problemas psiquiátricos. Los aspectos sociales, étnicos, económicos y generales, determinan el estilo de comunicación que hay que tener con cada paciente en particular.
* Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención: consiste en decidir si el paciente es más adecuado a la terapia individual exclusivamente o si la persona obtendrá mayor ganancia de la terapia conjunta con alguna persona significativa en su vida.
* Decidir si se aplicara la terapia individual únicamente, o si se combinara con sesiones conjuntas o familiares.(Bellak, 2000)

**Principios básicos de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (P.B.I.U.)**

* La P.B.I.U se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo de la misma manera en que un cuento corto se relaciona con una novela: Cada género tiene sus propios meritos y cada uno necesita de su propia pericia .la terapia breve necesita de habilidades y pericias especiales. El terapeuta deberá entender que está llevando a cabo un trabajo valioso y no solo está tomando medidas momentáneas.
* Es esencial una conceptualización fiel: La proposición básica de la terapia breve consiste en comprender todo, saber mucho y entonces hacer aquello que representa una diferencia crucial.
* En lugar de seleccionar a los pacientes, se seleccionan las metas y problemas
* La PBIU se basa es una historia clínica exhaustiva, que guía por conceptos formulados con claridad y utilice un estilo adecuado de comunicación. La PBIU trabaja a partir de la comprensión del paciente en términos de su historia, su situación vital actual, su medio étnico y cultural, su experiencia humana completa y lo que pueda saber a partir de sus fundamentos y predisposiciones generales.
* La psicoterapia breve de urgencia no solo se limita a la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones del tiempo, puede haber oportunidad de reconstituir al paciente a un mayor nivel de premórbido.

**Papel del terapeuta:** es importante que el terapeuta no pierda autoestima por involucrarse en la práctica de la terapia breve; es decir, debe entender que llevar a cabo un trabajo valioso y no solo toma medidas momentáneas.

**- La deserción terapéutica -**

En el ejercicio de la psicología clínica, la deserción terapéutica es uno de los problemas más comunes y que más conflictos teóricos y prácticos acarrea a la disciplina; en un estudio realizado en Venezuela por Jo y Almao en el 2001, sobre abandono de los tratamientos en psiquiatría y psicología clínica, se encontró que aunque este tema ha sido pobremente abordado desde la perspectiva terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados, lo cual es considerablemente superior a la mayoría de las disciplinas en salud; en México, se ha podido establecer que los consultantes asisten en promedio a tres sesiones, lo que es claramente insuficiente para un abordaje efectivo de problemáticas psicológicas (Alcázar, 2007).

La deserción terapéutica en el ámbito de la investigación es nombrada de diferentes maneras, tales como abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia, discontinuidad terapéutica, en todos los casos se refiere a la no culminación de un proceso terapéutico solicitado luego de haber establecido algún contacto con un proveedor de servicios psicológicos; dicha interrupción antes o durante el desarrollo formal del proceso, sin notificar razón alguna. (Mahoney, 1991).

El fenómeno de deserción terapéutica, se encuentra inmerso dentro de la conceptualización de adherencia hecha por Blackwell en 1976. Recientemente, la deserción terapéutica se engloba dentro del concepto de alianza terapéutica, entendida como la relación compuesta por la relación real y la alianza de trabajo; la primera, se refiere al vínculo entre el cliente y el terapeuta, mientras que la segunda se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos. (Corbella y Botella, 2003).

Jo y Almao (2001) definen el abandono del tratamiento como la no adherencia o interrupción del tratamiento indicado por el centro, sea terapéutico, psicofarmacológico o combinado, y que se expresa en la inasistencia a las citas pautadas sin previo aviso y sin volver a tomar el tratamiento; dentro de las conductas específicas que pueden considerarse como deserción terapéutica, se plantea, inasistencia a la primera cita y a citas de seguimiento, abandono definitivo del tratamiento sin consultarlo con el terapeuta o en contra de su opinión, abandono del tratamiento en forma definitiva antes de un determinado número de citas o periodo de tiempo determinado, no cumplimiento de las pautas prescritas como las dosis en caso de tratamientos psicofarmacológicos, discontinuación de un tratamiento sin suponer un abandono definitivo y toma de medicación no prescrita.

Haynes (1879), sitúa la sesión quinta y undécima, como el rango en el que se da el fenómeno de abandono; los estudios más recientes muestran que en promedio los consultantes asisten a un total de 3 sesiones, siendo claramente insuficiente si se tiene en cuenta que la efectividad máxima de tratamiento se consigue entre las sesiones ocho y 12 (Steenbarger, 1994); un aparente ejemplo de efectividad se encuentra en el estudio de Reyes, Weldt, Mateluna y Almarza (2005) en el que se muestra que los consultantes asisten a un promedio de 8 sesiones. Chen, (1991), afirma que entre el 26 y el 50% de los consultantes abandonan inmediatamente luego de la primera cita psiquiátrica; entre el nueve y el 40% abandonan en sesiones posteriores a la primera cita; entre el 30 y el 60% de los consultantes abandonan durante el primer año de terapia, en su mayoría antes de las cuatro primeras citas; del 32 al 75% de los consultantes que son remitidos por medicina general no acuden al especialista en psiquiatría y psicología; entre el 35 y el 50% de los consultantes no acuden a consulta psiquiátrica luego de ser dados de alta en hospitales y al menos un tercio de los consultantes psiquiátricos, no siguen las prescripciones farmacológicas.

Existe gran diversidad de variables que determinan la no adherencia del consultante a un proceso psicoterapéutico, entre las cuales, se encuentran las características propias tanto del consultante como del terapeuta, el tipo de trastorno y las condiciones ambientales e institucionales entre otras; autores como Jo y Almao (2001) y Buela, Sierra, López y Rodríguez (2001), han clasificado dichas variables de acuerdo a su origen; sin embargo, los resultados de las investigaciones no permiten afirmar que la presencia de una sola variable pueda predecir lo que sucederá con la adherencia terapéutica.

**Factores asociados al consultante**

Respecto a las características del consultante, no se encuentran estudios que afirmen una relación directa entre la deserción terapéutica y aspectos tales como el sexo, el nivel educativo o social; sin embargo, aún se discute cómo la interacción de dos o más de estas variables está relacionada con el fenómeno, se encuentran correlaciones positivas respecto a la edad y el estado civil, siendo más común la deserción entre las edades extremas (vejez, niñez), la adolescencia y la soltería (Jo & Almao, 2001). Un factor determinante para la adherencia al tratamiento es la percepción que el consultante tenga acerca de la necesidad del proceso psicoterapéutico, cuando el consultante acude de manera voluntaria y por iniciativa propia, es más alta la probabilidad de adherencia al tratamiento (Mahoney, 1991).

La mayoría de los consultantes suelen tener ciertas expectativas antes de ver por primera vez a su terapeuta y este encuentro puede ser determinante para que el consultante decida asistir a sesiones futuras (Alcázar, 2007); existen otras percepciones que pueden provocar por si solas el abandono terapéutico, como son las creencias culturales acerca de la enfermedad y del rol del psicólogo o la falta de información acerca de la pertinencia de un tratamiento específico en su proceso (Jo & Almao, 2001).

Las expectativas que el consultante tenga acerca de las características de su terapeuta, también parecen ser determinantes; al respecto, Overall y Aronson (1963) encontraron que los consultantes con expectativas de tener un terapeuta directivo que les apoye, suelen ser más susceptibles a la deserción.

En cuanto a las características asociadas al tipo de trastorno se ha encontrado que algunas características propias de los trastornos, también pueden determinar la probabilidad de adherencia terapéutica (Freire, 1986); además, se puede afirmar que aquellas necesidades que implican un riesgo vital se correlacionan con mejor acatamiento a las prescripciones del terapeuta (Jo & Almao, 2001).

Dentro de los trastornos con mayor probabilidad de abandono terapéutico, se encuentran los relacionados con la personalidad, especialmente de tipo límite; al respecto, Fernández, et al., (2003), afirman que la presencia de estos trastornos, se asocia con una mayor y más temprana probabilidad de abandono del tratamiento y a su vez, corroboran que este trastorno, está asociado con la predicción de la deserción durante las primeras seis semanas de tratamiento y como lo plantea Lingiardi, Filippucci y Baiocco (2005), estos casos suelen requerir una alianza terapéutica especialmente sólida que compense las dificultades proporcionadas del trastorno.

**Factores asociados al terapeuta**

La relación consultante–terapeuta, tiene un carácter bidireccional ya que no es posible ignorar la condición de sujeto que el consultante posee y por tanto su capacidad para valorar positiva o negativamente lo que observa y percibe de su contraparte (García & Rodríguez, 2005); factores como la personalidad del terapeuta, los rasgos propios de su individualidad, los intereses y actitudes que manifieste ante la presencia del consultante, son reconocidos como variables que pueden incidir en la decisión de continuar o no con la terapia, al respecto, se

ha encontrado que cuando el consultante detecta a su terapeuta como poco experto, desconfiable y desagradable, genera una insatisfacción suficiente para tomar la decisión de abandonar la terapia (McNeill, May, & Lee, 1987); adicionalmente, algunas investigaciones evidencian una correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el consultante y algunos aspectos de la alianza terapéutica, así como una fuerte asociación entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta y los componentes de la alianza (Corbella & Botella, 2003).

Rodríguez (1990), no solo reconoce el afecto del terapeuta como una variable de la percepción del consultante, sino que lo caracteriza como un agente psicoterapéutico de primer orden, debido a la construcción de una experiencia emocional correctiva para el consultante que se convierte en la oportunidad para ser humano total y maduro; por lo cual, este debe sentirse apoyado afectivamente de manera absoluta y respetuosa; al respecto, Sterba (1940), fue el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del consultante con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas comunes establecidas.

La aparición de relaciones de naturaleza diversa a la terapéutica entre consultantes y profesionales, es descrita como un factor de interferencia en el proceso psicoterapéutico, que finalmente puede originar el abandono y el fracaso del proceso; Del Rio, Borda, Pérez y Martin (2003), describen la relación dual como un fenómeno que ocurre cuando el terapeuta se encuentra manteniendo además de la relación terapéutica, otra relación diferente con un paciente ya sea de tipo social, afectiva, profesional o financiera.

Además de los conocimientos que el terapeuta posee, la práctica en psicoterapia requiere el desarrollo de habilidades propias de la persona, independientes de las técnicas, que faciliten el establecimiento de una relación positiva con el consultante; al respecto, Buela, Sierra,

López y Rodríguez (2001) mencionan dentro de estas habilidades, la capacidad para direccionar la terapia, la asertividad, la habilidad al utilizar instrumentos de evaluación, la capacidad para incentivar la participación del consultante en el proceso, la habilidad para organizar la información y realizar informes y las habilidades comunicativas para dar a entender lo que realimente quiere expresar en el contexto terapéutico; así mismo, estas habilidades van desde la misma presentación personal y forma de vestir, las características de la prosodia y el tono de la voz, la gesticulación facial, las posiciones corporales, etc., aspectos que están relacionados con una adecuada relación terapéutica (Jo & Almao, 2001). Por tanto, como lo afirma Ruíz (1994), el éxito de los procesos terapéuticos no depende solamente del alto grado de conocimiento técnico que posea el terapeuta sino también de las habilidades y destrezas que hacen que las personas sobre las que ejerce la actividad profesional acepten de mejor grado, se impliquen y mantengan una eficaz adherencia hasta la conclusión del proceso.

**Factores asociados a la terapia**

Son múltiples las problemáticas inherentes a la terapia que pueden generar en última instancia el abandono terapéutico y el no cumplimiento de los objetivos trazados, Beck (1995), nombra problemas específicamente en la terapia cognitiva que pueden ser sólo de tipo técnico, como la mala escogencia de instrumentos de evaluación, o de problemas más complejos como la falta de efectividad al intervenir un diagnóstico realizado, estos problemas se pueden dar en el diagnóstico, conceptualización y plan de tratamiento, en la alianza terapéutica, en la estructura y/o ritmo de la sesión, en la socialización e instrucción con el consultante, en el trabajo sobre pensamientos automáticos, el logro mismo de los objetivos terapéuticos a lo largo de las sesiones y en el procesamiento del contenido de las sesiones por parte del consultante.

Dentro del encuadre terapéutico, uno de los tópicos que cobra mayor importancia es el consentimiento informado, este constituye una guía donde se establecen fines, medios, formación del terapeuta, relación terapéutica, y es preciso establecer los límites y finalidad de la psicoterapia, al igual que los riesgos y compromisos que conlleva dicho proceso; se trata entonces, de un requerimiento mínimo que lleva implícita una manifestación de respeto por la persona del consultante y sus derechos (Castilla & Castilla 2001); además de las implicaciones legales que conlleva el no aplicarlo, (ley 1090, 2006), la ausencia de consentimiento informado perturba la comunicación entre consultante y terapeuta y deja dudas no resueltas en el primero, que pueden originar la insatisfacción y el posterior abandono de la terapia (Beahrs & Gutheil, 2001); al respecto, no se hallan estudios que correlacionen fallas en el consentimiento informado y la deserción propiamente dicha.

La efectividad al establecer la alianza terapéutica ha tomado cada vez más fuerza en las últimas dos décadas; (Corbella & Botella, 2003) afirman que al menos el 66% d estudios muestran una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados finales de los tratamientos; el terapeuta, suele escoger el tipo de tratamiento de acuerdo al diagnóstico y al enfoque teórico que maneje; sin embargo otros factores como las características de consultante y del mismo trastorno, el ambiente específico, la disponibilidad institucional, etc., pueden modificar el éxito de las técnicas utilizadas; al respecto, Bados, García y Fusté (2002) atribuye mayor eficacia y especificidad a los tratamientos de tipo cognitivo conductual en casi todos los tipos de trastornos, mientras que realiza un listado de otros tratamientos eficaces para cada uno de los tipos de trastornos, entre los que mencionan la terapia sistémica, los enfoques psicodinámicos, los entrenamientos en habilidades, las prácticas grupales de apoyo y el biofeedback; por su parte, Echeburúa y Corral (2001) sitúan la efectividad del tratamiento con evidencia empírica de acuerdo a grupos de trastornos.

Otra variable que los consultantes suelen percibir es la experiencia del terapeuta; al respecto, Walsh, Perrucci y Severns (1999), realizaron un estudio en el que se muestra como el tiempo activo y el grado de formación del terapeuta modifican el énfasis que realiza el terapeuta durante consulta y por tanto la calificación de lo que significa un buen momento en terapia.

**Factores asociados a la institución**

Los errores institucionales que se pueden cometer, es otra de las variables determinantes a la hora de elegir no continuar un tratamiento; en muchas ocasiones las fallas en procesos de derivación, el entorpecimiento en la recepción de datos, en el manejo de información, largos plazos para acceder a las citas, cambios frecuentes de terapeuta, o problemas para encontrar cupos en centros de salud mental, fuerzan a los consultantes a abandonar la terapia ( Jo & Almao, 2001); como se puede ver, este tipo de inconvenientes pueden obedecer a las ineficaces políticas en materia de salud mental, los errores administrativos y podrían incluirse como un factor situacional; sin embargo, al considerar la institución como el ambiente específico en el que se lleva a cabo la psicoterapia, merece un apartado individual que le estudie de manera independiente; los consultantes que asisten a consulta externa en los centros mentales docentes sufren de duelos frecuentes por la discontinuidad de los terapeutas, quienes son frecuentemente residentes de turno, que deben cambiar de servicio, lo cual a veces es percibido por el consultante como un abandono, generando desmotivación y enormes deserciones cada vez que se suscita el cambio de terapeuta (Segarra, 1972).

**Factores situacionales**

Jo y Almao (2001) realizan una recopilación de investigaciones en las que se reconoce factores ambientales tales como la distancia del centro de atención terapéutica, el nivel socioeconómico, motivos laborales, académicos o económicos, descomposición familiar, bajo apoyo o ausencia de redes sociales, ausencia de seguro médico y que son determinantes de la asistencia y permanencia de consultantes en tratamientos psicoterapéuticos; Alcázar

(2003), identifica como obstáculos prácticos relacionados con el abandono, los relacionados con problemas de horarios, problemas económicos y falta de tiempo

Si se reconoce el fenómeno de deserción como fenómeno multifactorial, también ha de reconocerse las estrategias de prevención con el mismo carácter; Jo y

Almao (2001) sugieren algunas estrategias como establecer contactos telefónicos o de mensajería con los consultantes, realizar capacitación y entrenamiento constante para el terapeuta, incluir intervenciones educativas con el fin de aclarar las posibles inquietudes originadas en el proceso, prevenir y anticipar la probabilidad de abandono mediante la exploración de prejuicios, creencias y expectativas, evaluar permanentemente la relación consultante-terapeuta e intervenir institucionalmente para mejorar los diferentes procesos asociados con el acceso al servicio, entre otros.

Marco metodológico

“La metdología representa la menera de organizar el proceso de la investigación, de controlar los resultados y de presentar posibles soluciones al problema que nos llevará a la toma de desiciones” (Zorrilla y Torres 1992)

El presente trabajo es una investigación de tipo cualitativa , ya que es un [método de investigación](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9todo_de_investigaci%C3%B3n&action=edit&redlink=1) usado principalmente en las [ciencias sociales](http://es.wikipedia.org/wiki/Ciencias_sociales) , empleando métodos de recolección de datos que son no [cuantitativos](http://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n_cuantitativa), con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan sus correspondientes protagonistas.

Tipo de investigación: Descriptiva.

La investigación descriptiva busca identificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. (Sampieri, 2003)

Debido a que con nuestra investigación se busca descubrir y con esto transmitir el por qué los alumnos de la Uiversdad Guadalajara Lamar que acuden a CAPI (Centro de Atención picológica) y que inician su proceso de psicoterapia breve que consta de 6 a 8 sesiones, no concluyen su estadía en este espacio, se piensa que para nuestra investigación el tipo de método más adecuado es el descriptivo. El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita en la recolección de datos sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre 2 o más variables.

Las estapas de la investigación descriptiva son:

1. Examinar las características del problema escogido
2. Defender y formular hipótesis
3. Enunciar los supuestos en que basan las hipótesis y los procesos adoptados
4. Eligen los temas y las funtes apropiadas
5. Se selecciona y elabora técnicas para la recolección de datos
6. Se establecen a fin de clasificar los datos, categorias precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de maniefiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas
7. Verificar la validez de las técnicas empeladas para la recolección de datos
8. Realizar observaciones objetivas y exactas
9. Describir, analizar e interpretar los datos obtenidos en términos claros y precisos.

Los estudios descriptivos son útiles  para Mostar con  precisión os ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir o al menos visualizar que se medirá y sobre que quienes se recolectarán los datos. Se base en la medición de uno o más atributos del fenómeno de interés.

Está clase de estudios se emplean cuando el objetivo es el de detallar cómo son o cómo se manifiestan los fenómenos, situaciones, contextos y evento; en el caso de nuestra investigación se busca detallar el por qué los alumnos que asisten a CAPI no concluyen su proceso psicoterapeutico. Es usado también uando se describen tendencias de un grupo o población. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2006)

**Instrumento para la recolección de datos:**

Se usará la recolección de datos de forma cualitativa. Esta clase de estudio se utiiza cuando el objetivo es examinar la naturaleza general de los fenómenos.

Nuestro objetivo es identificar la relación que exite entre los hechos, que son el que los alumnos no concluyen su proceso psicoterapéutico breve en CAPI, y lograr una verdadera comprensión del por qué existe este fenómeno. Se utilizará para este fin:

* Estudio de casos:

El objetivo de los estudios de casos consiste en realizar una indagación a profundidad dentro de un marco de referencia social; las dimensiones o aspectos de dicho marco dependen de la naturaleza del caso estudiado. En este caso se realiza una investigación intensiva de una unidad social o comunidad. Para ello recoge información acerca de la situación existente en el momento en que realiza su tarea, las experiencias y condiciones pasadas y las variables ambientales que ayudan a determinar las características específicas y conducta de la unidad. Después de analizar las secuencias e interrelaciones de esos factores, elabora un cuadro amplio e integrado de la unidad social, tal como ella funciona en la realidad. El interés en los individuos no es considerándolo como personalidad única, sino como tipos representativos. Se reúnen los datos a partir de una muestra de sujetos cuidadosamente seleccionados y se procuran extraer generalizaciones válidas sobre la población que representa la muestra. Se puede interrogar a los sujetos mediante entrevistas o cuestionarios y pedirles que evoquen experiencias pasadas o sus deseos y expectativas presentes, que en el caso de nuestra investigación lo que se busca son que nos narren los motivos del por qué no continuaron proceso en psicoterapia. Los estudios de casos son similares a las encuestas, pero en ellos hay un estudio intensivo de una cantidad limitada de casos representativos, en lugar de reunir datos de pocos aspectos de un gran número de unidades sociales. Tiene un alcance más limitado pero es más exhaustivo que el de encuestas, y le da más importancia a los factores cualitativos.

* *Población :*

Nuestro universo es un total de 180 alumnos hombre y mujeres de un rango de edades que van desde los 18 hasta los 28 años, de de nivel licenciatura todos alumnos de la universidad Guadalajara Lamar.

De los distintos campus con CAPI ofrece su servicio de atención psicológica:

* Guadalupe Zuno
* Inglaterra.
* *Muestra :*

La muestra en el enfoque cualitativo es la unidad de análisis o conjunto de personas sobre las cuales se recolectan los datos***.***

En este estudio se tomara un 10 % de la población total, de manera no probabilística, que son 18 alumnos de la Universidad Guadalajara Lamar que dejaron inconcluso su proceso terapéutico breve en CAPI.

Referencias bibliográficas

Alcázar, R. (2007) Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental,* Vol. 30, No. 5, páginas 55-62 septiembre-octubre 2007.

Bados, A., García, E., & Fusté, A. (2002). Eficacia y Utilidad Clínica de la Terapia Psicológica. *Revista* *Internacional de Psicología Clínica y de la Salud.*

Bellak,L.(1993). *Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia.* Mexico ,D.F.Manual moderno

*Terapia breve*. Consulta el 28 de Octubre del 2012 del portal: <http://www.terapia-breve.com/web09/enqueconsiste.html>

Deobald B. Van Dalen y William J. Meyer (2006) Sintésis de “Estrategia de investigación descriptiva” Manual de Tecnica de la investigación educacional.

Metodología de la investigación, capítulo III: metodología. Consulta el 13 de Noviembre al portal: <http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lmk/fonseca_g_a/capitulo3.pdf>

Sampieri H., R., Collado F., C. y Lucio B., P. (2003).Metodología de la investigación, Toluca, México: McGraw-Hill.

Anexo

Cuestionario

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_ semestre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carrera:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A continuación se presentan una serie de preguntas por favor responde la opción con la que más te identifiques:**

1 - Como fue la atención que recibiste por parte del personal, al asistir a CAPI (centro de atención psicológica):

Buena Muy buena regular Mala muy mala

2-Como consideras que fue la intervención por parte de la psicóloga en el proceso terapéutico:

Buena Muy buena regular Mala Muy mala

 3 Asistir a CAPI te sirvió para aclarar dudas, solucionar conflictos emocionales, de pareja, O resolver problemas escolares etc.

De acuerdo muy de acuerdo ni acuerdo, ni desacuerdo En desacuerdo muy en desacuerdo

4-Interfería con tus actividades escolares, asistir al proceso terapéutico

Si No

¿Por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5-Tus profesores te permitían asistir a CAPI, sin ningún inconveniente:

Siempre casi siempre Nunca

6- Consideras que los servicios que ofrece CAPI son los adecuados para las necesidades de los alumnos de la universidad Guadalajara Lamar.

De acuerdo muy de acuerdo ni acuerdo, ni desacuerdo En desacuerdo muy endesacuerdo

8-Comentarios / sugerencias para el Centro de atención Psicológica Integral

Por Tu Participación Gracias ☺