|  |
| --- |
| ***“LA TERAPIA BREVE EN LOS PROCESOS TERAPEUTICOS DEL CENTRO DE ATENCION PSICOLOGICA INTEGRAL”*** |
|  |
| ***MICHEL GARCIA SANTIAGO*** |
|  |
| ***03 DE DICIEMBRE DE 2012*** |



INDICE

1. *Introducción.*
2. *Antecedentes.*
3. *Planteamiento del Problema.*
4. *Objetivos y/o Preguntas de Investigación.*
5. *Justificación.*
6. *Marco teórico.*
7. *Marco Metodológico.*
8. *Lista de bibliografía.*
9. *Anexos.*

*INTRODUCCION*

En el presente trabajo se muestra lo que es la Terapia Breve, la funcionalidad que tiene y la importancia de que el terapeuta que la lleve a cabo conozca con anterioridad de esta.

Dicha investigación surge de la duda de si en realidad el número de sesiones con las que cuenta este proceso terapéutico pueden solucionar la problemática presentada por el paciente sin desencadenar problemáticas secundarias que no se mencionan en la primera sesión y que conforman de manera general el motivo de consulta.

*ANTECEDENTES*

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.

Es desde febrero del año 2006 que este proyecto inicio ya que la Licenciada Teresa Jiménez, actualmente responsable de esta área, era entonces maestra de la materia de Psicoterapia de adultos y era a ella a la que fuera del salón de clases los alumnos se acercaban pidiéndole algún estilo de consejo o contando algunas de sus experiencias que vivían, fue así que la Licenciada presento la importancia de llevar a cabo el proyecto de CAPI ante la Vicerrectora Griselda Rodríguez Tostado la cual después de revisar la propuesta y realizar los tramites correspondientes acepto que existiera un consultorio psicológico en cada campus de la universidad, fue así que inicia el proyecto pero fue hasta febrero del 2007 que CAPI comienza a ser reconocido por los alumnos y a incrementar la audiencia.

*PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA*

La Terapia Breve como lo indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales. Su principal enfoque involucra cambiar la forma de pensar lineal (causa-efecto) a uno sistémico (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones.

Es esta misma explicación por la cual surge la necesidad en mi de realizar este protocolo de investigación, ya que al estar presente como psicóloga del Centro de Atención Psicológico Integral “CAPI” he presenciado que el hecho de que la terapia sea breve no significa que sea fácil para ninguno de los 2 sujetos (paciente - psicólogo), ya que se presentan problemáticas que en general necesitan mas de 8 sesiones para ser tratadas, puesto que no es solo una causa la que realiza una problemática, sino que son la suma de diversos factores la que la lleva a hacerse presente en la vida del paciente y por ende lo lleva a acudir a un proceso psicoterapéutico.

Los factores que se van descubriendo a lo largo de las sesiones y que no pueden ser resueltos a profundidad son los que me motivaron a realizar este estudio presentando así la pregunta principal:

¿La terapia ofrecida en CAPI puede ser el desencadenante de que el paciente acuda a un proceso externo?

*OBJETIVOS Y/O*

*PREGUNTAS DE INVESTIGACION*

*Objetivo General:*

Identificar si en CAPI la Terapia Breve funciona en el paciente como portadora hacia un proceso externo.

*Objetivos Específicos:*

\*Mostrar las ventajas y desventajas de la Terapia Breve.

\*Identificar a partir de la muestra cuantos pacientes tomaron o tomaran terapia externa después de asistir a CAPI.

*Preguntas de Investigación:*

\*¿Qué es la Terapia Breve?

\*¿En que se basa la Terapia Breve?

\*¿Cuáles son las problemáticas que tienden a tener mayor resolución con la Terapia Breve?

\*¿Funciona la Terapia Breve como puerta hacia un procesos terapéutico a fondo?

*JUSTIFICACION*

La Universidad Guadalajara Lamar brinda a los alumnos y al personal administrativo el servicio totalmente gratuito de psicoterapia siendo este proporcionado en el consultorio psicológico correspondiente a cada campus.

La atención psicológica que se brinda en el Centro de Atención Psicológica Integral (CAPI) se basa principalmente en lo que es la terapia breve que consta de 6 a 8 sesiones como máximo las cuales son de una hora, para darle una próxima solución a la problemática expuesta por el paciente en su primera sesión, dentro de los requisitos obligatorios para el psicólogo que maneja CAPI y que son observados como herramientas, esta el realizarle al paciente algunas pruebas proyectivas como lo son: Figura Humana y/o Frases incompletas, esto con el fin de adquirir de manera eficaz el conocimiento de algunos posibles rasgos de personalidad que muestra el paciente.

Se lleva aproximadamente 2 sesiones entre el entrevistar, aplicar pruebas y definir el objetivo que se propone realizar el paciente ante su propio motivo de consulta, lo cual le deja al psicólogo libremente 6 sesiones para trabajar en la problemática expuesta, mencionándolo detalladamente se tienen 6 horas para que el paciente visualice, comprenda y modifique la situación que presenta en el proceso.

Es así que las observaciones mencionadas anteriormente son la muestra de que el paciente cuenta con poco tiempo para llevar acabo este proceso de visualización, esto me hace pensar en la terapia breve como portadora a un proceso completo que el paciente busca de manera externa después de concluir dicha terapia, ya que esta se enfoca en brindar herramientas para solucionar la problemática presentada pero no da solución a todos los factores que la mantienen.

*MARCO TEORICO*

El siguiente cuadro teórico muestra lo que es la Terapia Breve en todas sus dimensiones, mencionando tres diversas posturas psicológicas como lo son: El psicoanálisis ortodoxo, Cognitivo Conductual y Sistémico familiar, así como las diversas características que deberá de presentar la problemática manifestada por el paciente para poder darle una próxima solución con este tipo de proceso terapéutico.

|  |  |
| --- | --- |
| TEMA | CONTENIDO |
| DEFINICION DE PSICOTERAPIA BREVE SEGÚN  BELLAK LEOPOLD  DEFINICION DE PSICOTERAPIA BREVE SEGÚN  BELLAK LEOPOLD | Deberá de cumplir sus fines en el corto lapso que vaya de 1 a 6 sesiones terapéuticas, cada una del tiempo acostumbrado que es de 45 a 60 minutos. Diciéndolo con precisión la terapia rápida no es una terapia fácil. El terapeuta tiene que estar penetrantemente alerta para percibir cada comunicación significativa, mientras con rapidez formula los comunes denominadores, llena los huecos de las partes omitidas desde su ventajosa posición de sentido no común, y casi simultáneamente tiene que decidir sobre cual es la intervención mas fructífera, que tiene que cotejar con su avaluó de las fuerzas, circunstancias de la vida real del paciente y condiciones del yo del paciente. En la psicoterapia el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo. No tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularla. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presentan, tiene que inventar alternativas. Por ello la psicoterapia rápida y de emergencia es propiamente una especialidad para el profesional experimentado porque requiere el empleo total e inmediato de sus capacidades.  La psicoterapia rápida es una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el que se ofrece el tratamiento. La psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida aplicada en situaciones especiales de crisis y exigencia.    Es esto mismo que el panorama general que describe el enfoque de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) se aplica a partir de 10 puntos:   1. La PBIU se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, intentando encontrar el punto de mayor ventaja desde el cual comprender al paciente que se sienta frente a mí. 2. Se intenta establecer un punto central para comprender en forma precisa por qué el paciente acude a consulta en el día en especial en el que lo hizo, cuándo inicio su problema, en su pasado inmediato, y cuándo y en que forma parecida existió en su historia personal anterior. 3. En la psicoterapia enfocada, se intenta salvar la discontinuidad entre infancia y adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo consciente y lo inconsciente, lo mismo que se intenta comprender la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.   Se intenta establecer continuidad entre los síntomas o problemas de personalidad que se presentan y los conflictos o defectos (en términos de auto - representaciones y representaciones), en lo cual se ha encontrado que tanto el análisis clásico como la teoría de las relaciones objétales, son valiosas y compatibles.   1. La formulación general mas útil de una teoría acerca del desarrollo de un síntoma, lo mismo que de la estructura de personalidad en general, es que los síntomas son intensos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Entre mas limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor sea el trastorno que exista en la personalidad y viceversa. 2. Considero a la psicoterapia como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje: La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU) se enfoca en lo que ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo mas eficaz posible. 3. La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU), se realiza tomando en cuenta todas las defensas y proposiciones psicológicas del YO. 4. La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (PBIU), se enfoca y selecciona, los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y esperamos, suficientes. 5. Cinco o seis sesiones pueden ser de lo más práctico, debido a que la experiencia muestra que la mayoría de los pacientes externos no tienen deseos de regresar a consulta, probablemente debido a su experiencia con el tratamiento medico. 6. Los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente, en una especie de reacción psicodinámica en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas. 7. Para algunos pacientes la psicoterapia breve, como toda terapia, puede ser casi o realmente imposible. Así, pacientes pasivos con poca capacidad para el insigth. |

|  |  |
| --- | --- |
| COMO FUNCIONA LA TERAPIA BREVE SEGÚN  G. NARDONE Y P. WATZLAWICK | La Terapia breve es un modelo que propone intervenciones que tengan como objetivo la resolución de problemas y la tendencia a extinguir la sintomatología presentada por la persona. Tengamos en cuenta que llamamos “breve”, en su versión más ortodoxa, a un tipo de psicoterapia que no exceda las 12 sesiones. Es importante destacar que no se trata de una terapia que promueva una simple anulación de la sintomatología sino que, además, posiciona al sujeto en otra perspectiva, en otro modo de percibir la realidad. Esta reestructuración del campo de mirada, le posibilita no sólo construir una nueva realidad, sino todo lo que de ésta se deriva: destrabar el bloqueo de un proceso de crecimiento, reducir la angustia y ansiedad, modificar conductas rigidizadas, mejorar relaciones interpersonales y fundamentalmente, establecer un bienestar consigo mismo, sinónimo de evolucionar la calidad de vida.  Es por eso que cambiar la realidad del paciente implica, entre otras cosas, bloquear la circularidad retroactiva, el circuito reverberante que mantiene homeostáticamente el problema que conjuntamente con su reformulación, permiten girar la óptica de percepción y quebrar las respuestas disfuncionales.  En este modelo el terapeuta explorará los marcos semánticos, las atribuciones de sentido con que el paciente construye su mundo, construcción que se expresa mediante presentar cuál es su problema. Esta exploración de atribuciones de sentido, deberán indagarse con mayor precisión en aquellos términos que se presentan ambiguos o que son blanco fácil de interpretaciones. La propuesta que consiste en plantear una meta mínima, sugiere una acción que implique un pequeño cambio, un tramo en el que se avance en dirección al objetivo final.  No implica establecer una reestructuración total de la situación-problema de inmediato, que solamente se podrá alcanzar poco a poco. Step by step (paso a paso), es el concepto mediante el cual se sostiene que un cambio mínimo en la cadena de acciones del circuito recursivo, puede secuencialmente provocar nuevos cambios, puesto que se modifica sustancialmente la circularidad del sistema generador del problema-queja. La reestructuración, entonces, opera de manera cognitiva (se espera, luego, su paso a la pragmática), removiendo el problema del cuadro sintomático y tratándolo de colocar en un marco diferente por el cual adquiere otro significado.  Una de las técnicas más utilizadas en el modelo, es la connotación positiva que lejos de ser únicamente un simple estímulo de dar ánimo y fortaleza, implica un cambio del marco cognitivo que genera la percepción del hecho como problema. Es, por tanto, una verdadera recategorización del problema.  Por lo general, si el tratamiento resulta eficiente, se observa una disminución de la sintomatología presentada, ya desde las primeras sesiones. Además, esto quiere decir que ha comenzado a bloquear el funcionamiento del circuito reverberante generador de la disfunción y el paciente ha mejorado notablemente su relación consigo mismo y con el exterior. Este progreso implica, también, un cambio cognitivo en la modificación de su percepción de la realidad, y un crecimiento de la autovaloración y la libertad personal. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTRUCTURA GENERAL DE LA TERAPIA BREVE SEGÚN:  Pérez, Valderrama, Cervera & Rubio, 2006; Stiles, Leiman, Shapiro, Hardy, Barkham, Detert & Llewelyn, 2006)  ESTRUCTURA GENERAL DE LA TERAPIA BREVE SEGÚN:  Pérez, Valderrama, Cervera & Rubio, 2006; Stiles, Leiman, Shapiro, Hardy, Barkham, Detert & Llewelyn, 2006) | Por ser un tipo de intervención centrada en la persona, 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; 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.  Miller y Sánchez (1994) coinciden con los terapeutas mencionados anteriormente los cuales proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES (en inglés: Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Selfeffi cacy), que consiste en:  1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.  2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.  3. Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.  4. Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio.  5. Desarrollar una relación empática.  6. Fortalecer la autoeficacia en el consultante sobre su capacidad de cambio.  Para lograr la eficacia de la estructura básica de intervención es necesario lograr desarrollar los objetivos de la entrevista motivacional que a continuación se mencionan.  OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA LOGRAR EL CAMBIO EN EL CONSULTANTE   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Etapa motivacional | Barrera principal | Objetivo de la entrevista motivacional | | \*Precontemplación.  \*Contemplación.  \*Preparación.  \*Acción.  \*Mantenimiento.  \*Recaída. | No conciencia  Ambivalencia  Ambivalencia  Falta de compromiso  Inestabilidad  Desesperanza | Promover la toma de conciencia.  Explorar las preocupaciones. Promover la discrepancia  Ofrecer información y consejo neutro. Dar opciones  Fortalecer el compromiso y la autoeficacia hacia el cambio.  Apoyo y Prevención de recaídas.  Evitar la crítica y la desmoralización, aumentar la autoeficacia y renovar el compromiso. | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| FACTORES INESPERADOS EN PSICOTERAPIA SEGÚN:  Jerome Frank (1982), Bandura (1977), Karasu (1986).  FACTORES INESPERADOS EN PSICOTERAPIA SEGÚN:  Jerome Frank (1982), Bandura (1977), Karasu (1986). | \*Jerome Frank (1982): desde una perspectiva sociológica, intenta abarcar tanto las escuelas terapéuticas como el efecto de otras formas de ayuda no científicas (sanadores, curanderos, entre otras). Sostiene que existen aspectos comunes que permiten comprender la influencia terapéutica y en sus estudios identifica los siguientes elementos comunes a todas las psicoterapias: Establecimiento y mantención de una relación significativa entre consultante y terapeuta; Provisión de una importante cuota de confianza y esperanza para aliviar el sufrimiento; oferta de nuevas informaciones, y por lo tanto, nuevas posibilidades de aprendizaje; Facilitación de la activación emocional; Aumento de las sensaciones de dominio y autoeficacia; e Incremento de las oportunidades para verificar los cambios y los logros en la práctica.  Además de estos aspectos, Frank destaca el estado de "desmoralización" en que llegarían los consultantes al momento de consultar, que corresponde a un sentimiento de desesperanza en el que el paciente ha caído a causa de sus problemas y de la vivencia de sus propios límites. Así, la esperanza de recibir ayuda tendría una influencia curativa directa sobre la persona, disminuyendo este nivel de desmoralización.  \*Bandura (1977): Por su parte, desarrolló una propuesta, en parte complementaria a la de Frank (1982), haciendo hincapié en la influencia de la terapia en el plano cognitivo. El eje central de su teoría es la autoeficacia como efecto inespecífico, planteando que la confianza de la gente sobre su propia eficacia determina la forma de conducta, metas y la forma de resolver problemas. La terapia puede influir en la valoración de la propia disposición al cambio, enviando al consultante información mediante cuatro formas de intervención: (a) las que enseñan al consultante nuevas formas de comportamiento, (b) las que animan a vivir nuevas experiencias, (c) las que le permiten directamente sentir cosas nuevas, y (d) las que en general facilitan su respuesta emocional (Krause, 1992; Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993). Según este enfoque, si la terapia es exitosa aumenta la capacidad del consultante para resolver problemas; de este modo, las experiencias que resultan del aumento de esta capacidad fortalecen a su vez el sentimiento de disposición al cambio (Krause, 1992).  \*Karasu (1986): Plantea un modelo terapéutico a partir del análisis de los aspectos comunes de las distintas técnicas o intervenciones terapéuticas. Concluye que existen tres 'agentes de cambio', que se pueden encontrar en todos los métodos terapéuticos, sólo que con distinta ponderación: vivencia afectiva, dominio cognitivo y regulación conductual. Estos agentes actúan del siguiente modo:  1. Mediante la inducción de una vivencia afectiva se puede llevar al cliente a un estado que se considera como preparación para el cambio, un nuevo input cognitivo.  2. En la categoría de dominio cognitivo se transmiten nuevos patrones de percepción y de pensamiento que repercuten en la auto-percepción y en la auto-comprensión.  3. La regulación conductual incluye técnicas de modificación de la conducta. Las experiencias positivas logradas a través de las nuevas conductas refuerzan el cambio.  En síntesis, Frank (1982) logra visualizar el proceso terapéutico no sólo desde una perspectiva psicológica, sino también sociocultural, y aporta elementos que esclarecen la estructura de la relación de ayuda; Bandura (1977) conecta el efecto terapéutico con una concepción determinada del funcionamiento psíquico individual y define formas generales para el tratamiento terapéutico; Karasu (1986) considera la terapia desde la perspectiva de los procedimientos terapéuticos y, de esta forma, puede categorizar modos terapéuticos, complementando la propuesta de Bandura (en Winkler y cols., 1993 & Krause, 1992).  Sin embargo, tal como lo señalan Winkler y cols. (1993) aun cuando estos modelos aportan a la identificación de algunos factores que influyen en el cambio terapéutico, presentan importantes limitaciones: no incluyen la perspectiva del usuario, no explican de manera suficiente qué es lo que específicamente produce el cambio y, en general, sus planteamientos requieren de comprobación empírica. |
| VARIABLES DEL CONSULTANTE  SEGÚN  Luborsky, Mintz & Chirstoph, 1979, Krause 1992.  VARIABLES DEL CONSULTANTE  SEGÚN:  Luborsky, Mintz & Chirstoph, 1979, Krause 1992. | Han sido definidas como las variables pre-existentes en el consultante que dan cuenta de los resultados obtenidos en la psicoterapia, y que son las mejores predictoras de resultado en psicoterapia, específicamente de cambio sintomático y global (Luborsky, Mintz & Chirstoph, 1979).  Se ha planteado que las características individuales de quienes consultan serían factores que condicionarían los resultados terapéuticos (Luborsky, Mintz & Christoph, 1979; Bergin & Lambert, 1978), y que los esfuerzos especiales para formar una relación terapéutica pueden vencer las dificultades encontradas cuando el terapeuta y el consultante difieren en sus antecedentes (Orne & Wender, 1968; Terest-man, Miller & Weber, 1974, en Trull & Jerry, 2003).  Krause (1992) ha identificado cinco condiciones del consultante, previas al inicio de la psicoterapia, que resultan relevantes para que se produzca el cambio. Estas condiciones son:   1. Experiencia de los propios límites. 2. Aceptación de la necesidad de ayuda. 3. Cuestionamiento de los modelos explicativos personales. 4. Transformación de la conceptualización de los propios problemas y síntomas, y desarrollo de metas para la terapia. 5. Expectativas del consultante respecto del rol o función del terapeuta, respecto del propio rol y respecto de la estructura de la relación de ayuda. |
| VARIABLES DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO  SEGÚN:  Feixas & Cornejo, 1992; en Kasija & Oviedo, 2001. Garfield, 1978 y Beutler, 1983.  VARIABLES DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO  SEGÚN:  Feixas & Cornejo, 1992; en Kasija & Oviedo, 2001. Garfield, 1978 y Beutler, 1983. | El diagnóstico clínico, como variable inespecífica del consultante, incluye:  1. *Características de personalidad y estilo de funcionamiento:* Aún considerando que no existe acuerdo en relación a cuáles son los elementos más importantes en este punto (Garfield, 1978;Beutler, 1983), en la literatura se encuentra que los consultantes que experimentan una mayor mejoría se construyen a sí mismos de una forma más negativa al inicio de la terapia, es decir, más alejados del ideal según sus propios constructos que la inteligencia, habilidad para producir asociaciones, flexibilidad, variedad de intereses, sensibilidad al ambiente, profundidad de los sentimientos, nivel de energía, grado de integración del yo, fuerza del yo, monto de estrés y productividad verbal, se relacionan con el éxito de la terapia (Garfield, 1978); que consultantes con mayor control interno los cuales tienden a estar mejor con tratamientos que les proveen de mayor control y les ayudan a cambiar determinantes internos de las conductas, tales como actitudes y creencias, es decir, se beneficiarían más con terapias no directivas, tendiendo a atribuir los resultados terapéuticos a su propio esfuerzo que, por el contrario, consultantes con menor control externo tienden a estar mejor con tratamientos directivos, en los que los determinantes externos de la conducta son el foco del tratamiento (Garfield, 1978); que consultantes con estilo defensivo externalizador, que tienden a la proyección de los conflictos, y con baja reactancia, es decir, que tienen dificultades para hacer frente a la presión ambiental y que ceden ante ella, se benefician más de terapias conductuales. En cambio, consultantes con estilo defensivo interno y alta reactancia, se benefician más de terapias que favorecen el insight (Beutler, 1983).  2. *Tipo de perturbación*: Se ha encontrado que la variable más consistentemente relacionada con los resultados del tratamiento es el nivel inicial de perturbación psicológica (Bergin & Lambert, 1978; Beutler, 1983). En términos diagnósticos, los consultantes con perturbaciones afectivas y conductuales leves muestran mayor mejoría que consultantes con otro tipo de patología. Consultantes con puntajes altos en paranoia y esquizofrenia, medidos mediante el MMPI, presentan escasos índices de mejoría (Barron, 1953, en Garfield, 1978); consultantes diagnosticados como psicóticos o de personalidad limítrofe tienden a sufrir un deterioro en el proceso terapéutico, en términos de una disminución en la madurez del comportamiento y una peor adaptación social.  Existe la creencia generalizada entre los psicólogos clínicos, que las personas que necesitan menos la terapia, son las que recibirían el mayor beneficio de ella.  Los datos obtenidos a través de las investigaciones en relación a este tema, se tornan contradictorios e inconsistentes, sin embargo, los estudios más recientes parecen encontrar alguna consistencia en que los individuos con perturbaciones más graves tienen peores resultados (Garfield, 1994, en Trull & Jerry, 2003).  3. *Complejidad de los síntomas:* Beutler (1983) concluyó que los consultantes que presentan síntomas circunscritos o mono-sintomáticos, responden mejor a tratamientos orientados conductualmente. En cambio quienes presentan multi-sintomatología, habitualmente consultantes psiquiátricos, podrían beneficiarse más de terapias de insight. |

MARCO METODOLOGICO

La presente investigación surge al observar los expedientes existentes en el Centro de Atención Psicológica Integral “CAPI” y al observar los resultados de algunos de los procesos psicológicos que se atendieron en este ciclo escolar los cuales se tomaran como muestra para la investigación.

Esta investigación es de carácter cualitativo ya que se necesita conocer de manera subjetiva las diversas decisiones que llevaron a cabo los pacientes dentro del proceso terapéutico para determinar si asistirán o no a un proceso externo al término del proceso de terapia breve que se les proporciono en CAPI.

Retomamos lo que consideran Taylor y Bodgan (1968:20) acerca de la investigación cualitativa:

En un sentido amplio, la investigación cualitativa es “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. Estos autores llegan a señalar las siguientes características propias de la investigación cualitativa:

1. Es inductiva.
2. El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reductivos a variables, sino considerados como un todo.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio.
4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas.
8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.
9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
10. La investigación cualitativa es un arte.

El estilo de investigaciones que parten desde una perspectiva cualitativa son aquellas en las cuales los intereses de la investigación son relativamente claros y están relativamente bien definidos, los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo, el investigador tiene limitaciones de tiempo, quien investiga quiere esclarecer experiencias humanas subjetivas.

Coincidiendo con esta perspectiva a nosotros nos interesa conocer la estructura en general de las decisiones que toman los pacientes al término de su proceso, por ejemplo: ¿Se logro darle solución a la problemática expuesta? ¿Surgieron otros objetivos a tratar en el transcurso de las sesiones? ¿Qué sucede con las incógnitas que se destaparon en el proceso? ¿El paciente se queda conforme en lograr disminuir el síntoma principal por el que acudió a terapia o se interesa por darle solución a la problemática en general? entre otros cuestionamientos.

Esto con el fin de saber si la terapia breve puede funcionar como un “puente” entre la resolución de el motivo de consulta el cual es percibido en este modelo como solo la sintomatología del problema en general y la problemática a fondo que manifiesta el paciente.

De forma mas descriptiva y que ayudara a encaminar el carácter de esta investigación retomaremos el método cualitativo etnográfico el cual desde nuestra perspectiva lo entendemos como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. A través de la etnografía se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado.

Desde una dimensión practica, Atkinson y Hammersley (1994: 248) conceptualizan la etnografía como una forma de investigación social que se caracteriza por los siguientes rasgos:

1. Un fuerte énfasis en la exploración de la naturaleza de un fenómeno social concreto, antes que ponerse a comprobar hipótesis.
2. Una tendencia a trabajar con datos no estructurados, es decir, datos que no han sido codificados hasta el punto de recoger datos a partir de un conjunto cerrado de categorías analíticas.
3. Se investiga un pequeño numero de casos, quizás uno solo, pero en profundidad.
4. El análisis de datos que implica la interpretación de los significados y funciones de las actuaciones humanas, expresándolo a través de descripciones y explicaciones verbales, adquiriendo el análisis estadístico un plano secundario.

Hasta este momento se hablo de la estructura general de la investigación informando del como es el método cualitativo y que relación presenta con nuestra investigación, la estrategia a seguir (a parte de la *observación)* la cual nos ayudara en la obtención de la información que se necesita para conocer lo que se esta tratando de investigar es la *entrevista a profundidad* la cual tiene como objetivo el obtener información sobre determinado problema ya que se tienen ciertas ideas, mas o menos fundadas, y se desea profundizar en ellas hasta hallar explicaciones convincentes. La entrevista es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de esa sociedad o cultura, obteniendo datos en el propio lenguaje de los sujetos.

Como menciona Spradley (1979) los elementos diferenciadores de la entrevista en profundidad son la existencia de un propósito explicito, la presentación de unas explicaciones al entrevistado y la formulación de unas cuestiones.

Para llevar a cabo la entrevista necesitaremos una población que reúna las características necesarias para la realización de este estudio, las cuales se expresan a continuación:

* Sexo indiferente.
* Estudiantes de la Universidad Guadalajara Lamar.
* Licenciaturas del campus Guadalupe Zuno: Diseño grafico, Ingeniería civil, Negocios internacionales, Mercadotecnia, Arquitectura, Comunicación.
* Rango de edad: 18 – 23 años.
* Que sean o que fueron pacientes en el año escolar 2012.

Al investigar la población que existe en CAPI se encontraron 100 sujetos los cuales cubren las características solicitadas para la realización de la entrevista y la obtención de datos, sin embargo de estos 100 sujetos nuestra *muestra* será de 10 participantes los cuales serán los que representaran a los otros 90, los 10 sujetos serán seleccionados en base a las etapas del proceso de terapia breve los cuales determinaran las posibles conclusiones a las que se llega como paciente ante un proceso que termina y la posibilidad de iniciar uno de forma externa.

BIBLIOGRAFIA

-Gregorio Rodríguez Gómez, J. G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa.* Malaga: Ediciones Aljibe.

-Nelly López, I. S. (s.f.). *udg virtual*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2012, de http://mail.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1103/2/Metodos\_y\_tecnicas\_de\_investigacion\_cuantitativa\_y\_cualitativa.swf

-Bellak Leopold (2000) *“Manual de Psicoterapia Breve”* Manual Moderno S.A. de C.V.

-Bellak y Small (2004) *“Psicoterapia breve y de emergencia”* Pax México

-Marcelo Rodríguez (Octubre 2012) *El counseling y la psicoterapia breve*. Recuperado el 27 de octubre de <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/5.pdf>

-Recuperado el 27 de octubre de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/799/79911627012.pdf>

-Articulo de revisión (Noviembre 2012) *Variables Inespecíficas en Psicoterapia*. Recuperado el o3 de Noviembre de <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100008&script=sci_arttext>

ANEXOS

Datos Generales

Fecha en que se realizo la entrevista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entrevista al sujeto #\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Escolaridad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de obtener la información requerida para la presente investigación, en todo momento se cuidara la identidad del entrevistado haciéndose llamar por nosotros como “sujeto #1” o el numero que le corresponda.

1. ¿Usted perteneció o pertenece actualmente al Centro de Atención Psicológica Integral conocido coloquialmente como CAPI?
2. Aproximadamente ¿Cuántas sesiones tuvo en su proceso?
3. Narre brevemente su experiencia personal ante el proceso de Terapia Breve.
4. ¿Se cumplió el objetivo de la razón por la que usted acude a CAPI?

* Si su respuesta fue si ¿Cómo supo usted que se lograron los objetivos establecidos en el proceso?
* Si su respuesta fue no ¿Qué sucedió con usted y su motivo de consulta no resuelto?

1. ¿La Terapia Breve cumplió las expectativas que usted tenia antes de tomarla? Si – No ¿Por que?
2. ¿Concluyo su proceso Terapéutico breve?
3. ¿Después de concluido este proceso surgieron en usted nuevos conflictos personales?
4. ¿Considera que estos nuevos conflictos personales tienen relación con el objetivo que se planteo en la Terapia Breve?
5. ¿Asistió a algún proceso de manera externa para darle solución a estos conflictos?
6. Si usted asistió a un proceso de Terapia externo ¿Considera que la Terapia Breve que se le brindo en CAPI ayudo en querer solucionar no solo una parte del problema, sino el problema en general?

Por su atención y tiempo GRACIAS.