



Enseñanza e Investigación en Psicología

ISSN: 0185-1594

rbulle@uv.mx

Consejo Nacional para la Enseñanza en
Investigación en Psicología A.C.

México

Tena-Suck, Antonio

Desarrollo de un modelo de orientación psicológica para universidades
Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 22, núm. 3, septiembre-diciembre, 2017,
pp. 263-276

Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.
Xalapa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255775001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DESARROLLO DE UN MODELO DE ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA PARA UNIVERSIDADES¹

Development of a psychological orientation model for universities

Antonio Tena-Suck

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México²

Citación: Tena-Suck, A. (2017). Desarrollo de un modelo de orientación psicológica para universidades. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 263-276.

Artículo recibido el 30 de noviembre de 2016 y aceptado el 2 de febrero de 2017.

RESUMEN

Introducción. Uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. En este artículo se describe el tiempo que demoran los pacientes para recibir atención en un centro de salud, el consumo de alcohol y drogas entre los mismos y las drogas más utilizadas. **Objetivo.** Describir la metodología empleada para el desarrollo de Centros Universitarios de Orientación Psicológica (CUOP) para la atención psicológica de calidad en las universidades. **Método.** El desarrollo del modelo se dividió en dos fases; en la primera se detectaron las necesidades de servicios de atención clínica en diferentes universidades, se revisaron los problemas atendidos más frecuentes, las aproximaciones teóricas más exitosas, las formas de proceder y los servicios ofrecidos a la comunidad. La segunda etapa tuvo la finalidad de integrar una base teórico-conceptual como fundamento científico para el desarrollo de los CUOP, con intervenciones basadas en evidencia para el tratamiento psicoterapéutico. **Resultados.** Hay una amplia evidencia de que no existe un solo enfoque que se pueda considerar clínicamente adecuado para todos los problemas, clientes y situaciones, y que el surgimiento de nuevos enfoques se debe a la insatisfacción con los modelos existentes y la conciencia sobre su inadecuación en determinados casos. Se requiere fomentar la flexibilidad teórica y técnica para su adaptación a cada caso concreto y evitar la adhesión rígida a un modelo. **Conclusiones.** Es importante avanzar en el desarrollo de modelos conceptuales que servirán como fundamento para tratar la salud mental desde un enfoque centrado en la promoción de la salud. Resulta encomiable el esfuerzo deliberado y consciente por basar las propuestas y desarrollos en la investigación, lo que ha fomentado conceptos novedosos. Se subraya el modelo de terapias breves y la importancia de las primeras sesiones para producir un cambio en el cliente.

Indicadores: Orientación psicológica; Centros universitarios; Psicosalud; Salud mental; Psicoterapia.

¹ El autor agradece a la comunidad de expertos que participaron en las distintas etapas del proyecto, particularmente a las siguientes instituciones: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente de Guadalajara, Universidad Iberoamericana Puebla, University of Scranton, Fordham University, Bronx NY y FES Iztacala de la UNAM, y particularmente a los doctores Fred Wertz, de la Universidad de Fordham, y Rodrigo Marín Navarrete, del Instituto Nacional de Psiquiatría, por la revisión y comentarios al manuscrito.

² Departamento de Psicología, Prolongación Paseo de la Reforma 880, Lomas de Santa Fe, 01710 Ciudad de México, México, tel. (55)59-50-40-46, correo electrónico: antonio.tena@ibero.mx.

ABSTRACT

Introduction. One of each four Mexican people has suffered in his/her life a mental disturbance, but only one of each five receives treatment. In this article, the delay of the treatments, the consumption of alcohol, drugs, as well as the most used drugs, are described. *Objective.* The aim of this paper is to describe the methodology used to develop psychological orientation university centers (POUC), in order to foster a qualified psychological attention. *Method.* The model development was divided in two steps. In the first one, the needs of psychological attention in several universities were detected; the second one had as its aim to integrate a theoretical-conceptual framework as a scientific basis for the development of POUc's through interventions based on evidences in the psychotherapeutic treatments. *Results.* There is evidence that there is not a single method clinically adequate for all the problems, clients, and situations, and that the flourishing of so many new orientations is due to the dissatisfaction with the existing ones and to the conscience of their inadequacy in some cases. It is needed to foster the theoretical and technical flexibility to adapting the interventions to each concrete case, and not a rigid adhesion to a certain model. *Conclusions.* It is very important to develop conceptual models as the basis to deal with mental health from a framework centered in the health promotion. It is very satisfactory the deliberated effort for basing the proposals on research, thus fostering new concepts. Finally, it is underlined the brief-therapy model, as well as the importance of the first sessions to generate a significant change.

Keywords: *Psychological orientation; University centers; Psychological health; Mental health; Psychotherapy.*

INTRODUCCIÓN

Hoy día se ha observado un importante aumento en la demanda de atención por trastornos mentales en las unidades de atención primaria de la Ciudad de México, sin que se haya incrementando paralelamente la capacidad de los servicios de salud. Así, la oportunidad de recibir una atención especializada es pobre y tardía, lo que hace que el usuario acuda a solicitar ayuda al tercer nivel de atención, manifestando para entonces una sintomatología crónica o de mayor severidad, o comorbilidades con otros padecimientos.

Uno de cada cuatro mexicanos de entre 18 y 65 años ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental, pero solo uno de cada cinco de los que lo padecen recibe tratamiento. El tiempo en que los pacientes reciben atención en un centro de salud demora de cuatro a veinte años, según el tipo de afección, igual al observado en la mayoría de los países de América Latina (Berenzon, Saavedra, Medina-Mora, Aparicio y Galván, 2013).

La atención inoportuna en el área de la salud mental tiene crecientes efectos negativos en el desarrollo no sólo del individuo, sino en la familia y la sociedad. Además, la respuesta para la atención de los problemas de salud mental en México es escasa, ya que, al decir de Heinze, Chapa,

Santisteban y Vargas (2012), en el país hay un promedio de 1.5 psiquiatras por cada 100 mil habitantes, muy inferior a la observada en Europa (9.0) o Canadá y los Estados Unidos (10.0). Según los mismos autores, el año 2012 se reportó que el número de psiquiatras era de 3,823, con una tasa de 3.47 por cada 100 mil habitantes.

La formación de los recursos humanos altamente especializados en psicología ha permitido su incursión paulatina en los servicios públicos de atención a la salud; así, por ejemplo, en 2000 la Secretaría de Salud tenía registrado un universo de 1,018 psicólogos, mientras que para 2005 había 1,282 en las unidades médicas del sistema nacional de salud (Secretaría de Salud, 2005), cantidad que, comparada con la del total de recursos humanos de salud en México (231,915), representa solamente 0.5%.

Hay numerosos problemas que desde los ámbitos preventivo y terapéutico son tratados por los psicólogos, como el suicidio de personas en la edad productiva de 15 a 64 años. Al respecto, informa el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015): "En México, en 2013 se registraron 5,909 suicidios, que representan 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décimo-cuarta causa de muerte y presentando una tasa de cerca de cinco por cada 100 mil habitantes". Ante

fenómenos como el descrito, resulta apremiante la adecuada preparación de dicho personal de salud mental para satisfacer las necesidades de atención que demanda la sociedad actual.

En México, como en muchos otros países de América Latina, los recursos humanos enfocados a la salud mental son insuficientes y, en la mayoría de los casos, se concentran en los hospitales psiquiátricos. El eje de la atención de la salud mental en el país sigue siendo el hospital psiquiátrico, a pesar de que las últimas políticas y acciones mundiales en el área consideran la atención primaria como el punto en el cual debe centrarse la salud mental comunitaria. El hecho de que se concentre la atención en los hospitales psiquiátricos ha dado lugar a que una alta proporción de pacientes sean internados en dichos establecimientos, en lugar de emprender tratamientos ambulatorios (la relación es de un paciente internado por cada 1.7 pacientes que reciben servicios ambulatorios). Tal desequilibrio demuestra que la atención de los trastornos mentales no está del todo integrada al sistema nacional de salud y que hace falta un mecanismo adecuado de detección y tratamiento en los primeros niveles, así como un efectivo sistema de referencia.

Actualmente México experimenta una transición epidemiológica “polarizada”, cuyos rasgos más notorios son la disminución de enfermedades infectocontagiosas y el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, incluidos los trastornos mentales, que constituyen un problema importante de salud pública debido a su elevada prevalencia, la gran carga de enfermedad que generan y los altos costos económicos y sociales que producen (Berenzon et al., 2013).

México, a pesar de estar considerado por el Banco Mundial como un país con un nivel de ingreso medio-alto, la inequidad –expresada en aspectos clave como la salud, educación, alimentación y servicios básicos– continúa siendo una de sus principales dificultades (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2008; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2011).

El objetivo reiterado es que ese avance revierta en la puesta en práctica de estrategias de prevención y tratamiento de las alteraciones psicopatológicas, en la reducción de los elevadísimos costos personales, económicos y sociales a los que estos problemas

dan lugar, y en el mejoramiento del bienestar general de la población (Tortella et al., 2016).

La atención de los trastornos mentales y del comportamiento deberá brindarse con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios (Secretaría de Salud, 2012).

Otro aspecto de suma importancia es la constatación de los escasos servicios orientados a la atención de niños y adolescentes, lo que resulta muy preocupante en cuanto que es precisamente durante las primeras décadas de la vida cuando comienza a manifestarse la mayoría de los trastornos psiquiátricos (Berenzon et al., 2013).

Por todo ello, es indispensable reflexionar acerca de un nuevo rumbo para la atención de la salud mental en México.

Por otro lado, es posible hablar de dos tipos diferenciados de servicios o centros de orientación que no siempre están presentes en la misma universidad y que, si lo están, generalmente conforman unidades diferentes. El primer tipo tiene funciones de información y orientación sobre aspectos de carácter vocacional o profesional, en clara conexión con el mundo del trabajo, como es el caso de los Career Services británicos. El segundo tipo implica una orientación psicológica clínica y terapéutica cuya función es la ayuda individualizada para la resolución de problemas personales, cuyo ejemplo más notorio son los Counseling Centers, con claras equivalencias con los establecidos en las universidades estadounidenses.

Tomando en cuenta estos antecedentes y necesidades de atención psicológica y de salud mental en el mundo, en nuestro país en general, y en nuestra comunidad universitaria en particular, se propone la creación de centros universitarios de orientación psicológica (CUOP) que respondan a estos retos apremiantes y que puedan ofrecer alternativas de calidad con pertinencia social en la atención psicológica clínica y terapéutica, desde un enfoque que permita entender que la salud mental es un estado de bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.

La prevención y la promoción de la salud mental se entrelazan (World Health Organization, 2004); es necesario entender que es un asunto de todos y que se requiere involucrar a

las familias, comunidades, organizaciones y a los profesionales de la salud mental y física.

Se prefiere aquí el término “salud mental positiva”, ya que involucra y tiende a encontrar afectos como la felicidad; busca los recursos psicológicos y trabaja con ellos, como la autoestima y el autocontrol; explota el potencial de cada persona y su capacidad de resiliencia, esto es, hacer frente a las adversidades, ejercer control sobre su ambiente, aumentar su autonomía e identificar y afrontar los problemas que le aquejan para resolverlos.

Es, por consiguiente, un enfoque salutogénico en cuanto que afronta las adversidades, busca los factores salutíferos y no de riesgo y responde flexiblemente a los factores de estrés; es un enfoque optimista que acepta la realidad y confía en el crecimiento propio de las personas.

En particular, la inclusión de estos modelos permite perfilar más claramente el rol del psicólogo, conocer el tipo de prestaciones que ofrece y mejorar su experticia en ellas, pero también desarrollar nuevas competencias concernientes a la gestión en el área de la salud. Esta perspectiva permite conocer y evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones propuestas y realizadas; establecer criterios de calidad respecto a la atención prestada, y desarrollar asimismo un trabajo clínico bajo el concepto de “evidencia de resultados” al diseñar los tipos de intervención, evaluar su eficacia y duración, identificar la corriente psicológica utilizada, llevar a cabo las técnicas de intervención necesarias y otros elementos. Además, este enfoque propicia el establecimiento de modelos algorítmicos básicos que pueden conducir a un mejor tratamiento (Loubat y Magaña, 2005).

MÉTODO

El desarrollo de un centro de orientación psicológica para universidades se realizó a través de las dos etapas que a continuación se describen.

Etapa 1. Entrevistas con expertos para revisar los modelos de atención psicológica que se tienen en diferentes universidades de México y Estados Unidos.

Con la finalidad de contar con una adecuada planificación para el desarrollo de un modelo de

atención psicológica, se entrevistó a un grupo de expertos en tratamientos e investigación clínica en el área de orientación psicológica en universidades, todos ellos con experiencia comprobada en el campo de su especialidad. Se revisaron las propuestas de las siguientes universidades: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (Guadalajara), Universidad Iberoamericana (Puebla), Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Autónoma de México (México), University of Scranton (Pensilvania) y Fordham University (Nueva York). Como resultado de este trabajo se determinaron las siguientes líneas de acción:

- a) Realizar una detección de necesidades, es decir, la necesidad percibida en referencia a los tópicos de mayor interés y las posibles barreras para la implementación de una atención psicológica en distintos contextos y realidades.
- b) Conocer los objetivos generales y particulares de los servicios de atención clínica no psicopedagógica de esas universidades.
- c) Revisar los problemas atendidos con mayor frecuencia.
- d) Identificar las aproximaciones teóricas más exitosas en la atención ofrecida.
- e) Conocer sus formas de proceder (interdisciplinarias, involucramiento con otros departamentos, etc.).
- f) Revisar las características de la formación psicoterapéutica en esos servicios.
- g) Conocer otros servicios ofrecidos a la comunidad.

Etapa 2. Búsqueda de información a través de bases de datos de las aproximaciones teóricas más exitosas basadas en evidencia científica.

Se realizó un proceso sistemático de búsqueda de literatura publicada en las siguientes bases de datos: MedLine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>), Scientific Electronic Library Online (scielo) (<http://www.scielo.org>), Periódica y Clase de la Dirección General de Bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) e Índice de Revistas Médicas Latinoamericanas (IMBIOMED), así como las compilaciones incluidas en las EBSCO HOST Research Databases (Academic Search Premier, Fuente Académica,

Médica Latina, Medline, Psychology and Behavioral Sciences y Sociological Collection).

Para ello, se utilizaron las siguientes palabras clave: *salud mental, orientación psicológica, psicoterapia, programas y centros de orientación psicológica*.

Con la intención de hacer una revisión lo más integradora posible, se determinó como criterio de selección la relevancia de las fuentes (artículos científicos y capítulos de libro), dando prioridad a aquellas que hubieran sido publicadas lo más recientemente posible y que tuvieran un mayor valor pragmático.

RESULTADOS

Durante la primera visita al CUOP, el usuario y el clínico que lo reciba hacen una evaluación de la situación y deciden cuál es la mejor opción para proceder con el motivo de consulta, siempre bajo un marco práctico de terapia ambulatoria.

Algunas veces es preferible referir al usuario a algún otro servicio fuera del campus universitario; otras, la orientación psicológica puede ser en la modalidad de una sola sesión o de atención inmediata, y en ocasiones (si se decide continuar con el proceso) se propone un modelo de terapia breve con un enfoque cognitivo-conductual estratégico, centrado en la solución de problemas, de 8 a 16 sesiones semanales como máximo, pues uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la psicología clínica actualmente es la de conseguir resultados positivos en un menor tiempo, pues sólo así podrá competir con otros profesionales en el tratamiento de los trastornos mentales (Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011).

Los modelos que se proponen están apoyados en evidencia científica sólida y emplean el mínimo de sesiones.

Toda la información recabada, o que se maneja en el centro, es absolutamente confidencial y se le pide al usuario firmar un formato de consentimiento informado por su participación, y el clínico a su vez firma un compromiso de privacidad.

El modelo de atención del CUOP de la Universidad Iberoamericana está basado en tratamientos breves, con métodos particulares, tal como lo proponen Budman, Hoyt y Friedman (1992) y Hoyt (2009), con resultados y objetivos de tratamiento alcanzables, poniendo énfasis en las fuerzas, competencias y capacidades adaptativas del paciente

que puedan servir para empoderarlo, darle esperanza e instarlo a elevar su participación, y además con una orientación en el aquí y ahora y aprovechando al máximo cada sesión.

Se busca facilitar el acceso a los servicios de salud mental a través de la eliminación de las barreras tradicionales mediante enfoques breves y un asesoramiento independiente. Así, se busca contribuir responsablemente a la prevención y solución de problemas de salud mental con el diseño y consolidación de un modelo que sistematice la atención psicológica individual y comunitaria, y que permita servir de marco para la enseñanza e investigación en este campo.

Cada sesión tiene una duración aproximada de 60 minutos y se imparte de forma individual por un equipo integrado por tres terapeutas, uno de ellos en calidad de supervisor. Los terapeutas pueden ser profesionales de la salud mental o estudiantes de posgrado que reciben un entrenamiento profesional como una experiencia adicional de su aprendizaje. En algunos casos se puede usar un modelo de coterapia, en el que dos terapeutas llevan a cabo la sesión. Cuando la sesión la conduce un solo terapeuta, los otros la observan a través de una cámara de Gesell o por medio de un circuito cerrado de televisión. Se pueden hacer sugerencias a través de un teléfono o un aparato de intercomunicación. El equipo se reúne al final de la sesión para comparar sus observaciones y planear las intervenciones subsiguientes.

Se trata de una intervención terapéutica breve, que se ocupa, por una parte, de eliminar los síntomas o el comportamiento disfuncional por el que la persona ha recurrido a terapia, y por otra parte en producir un cambio de las modalidades con las que la persona construye su propia realidad personal e interpersonal.

El desarrollo del modelo de un CUOP dio como resultado la integración de tres componentes:

Fundamento teórico. Este componente está desarrollado con el objetivo de brindar al terapeuta y al supervisor una herramienta teórica basada en evidencia científica, y contiene los conceptos teóricos de las sesiones que integran la intervención.

La propuesta teórica se basa en un enfoque integrador, transteórico, que sirve de guía en los CUOP. Si bien no pretende ser un marco teórico

único y acabado, sí aspira a dar a conocer los principios que subyacen al trabajo psicoterapéutico propuesto y contestar los “cómo” del marco práctico.

Muchos modelos de psicoterapia se pueden adaptar fácilmente a este marco, pero se parte de la idea central de que sea lo más breve posible y que pueda ocurrir rápidamente un cambio significativo.

El enfoque propuesto, con una visión cognitivo-conductual, estratégica y centrada en la solución de problemas –sea que se interese en el proceso o en la forma–, considera que el cambio surge de la ruptura de las pautas de pensamiento y acción y de la interrupción de las secuencias repetitivas.

Hay tres orientaciones teóricas fundamentales que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estructura de las principales orientaciones teóricas del Modelo Universitario de Orientación Psicológica.

	Terapia breve estratégica	Terapia racional-emotiva conductual	Terapia efectiva para clientes de atención inmediata
Principales exponentes	Cloé Madanes William Hudson O'Hanlon Steve de Shazer	Albert Ellis	Arnold Slive Monte Bobele
Metateoría	Abordaje sistémico, escuelas de Milán, Milwaukee y Roma. Modelo estratégico y estructural, teoría implícita de la intervención. Enfoque interaccional, construcción social, teoría general de sistemas.	Positivismo lógico, empirismo, objetivismo. Proscripción de lo no-observable o cuantificable, aunque no tan estrechamente como en el conductismo, constructivismo. Los problemas emocionales son el resultado de creencias que necesitan ser cambiadas. Los modos cognitivos unidos a situaciones estresantes desencadenadoras provocan la patología (síntomas conductuales, afectivos y psicofisiológicos).	Naturaleza pragmática, posmodernismo, teoría social-constructivista. Abordaje sistémico y ericksoniano.
Teoría formal	“Hecho a la medida de cada cliente”, se enfoca en el aquí y ahora. Modificación de los modelos de creencias o constructos del cliente. Modificación de oraciones repetitivas. Modificación de enfoques del terapeuta. Modificación de la relación con el cliente. Encontrar la solución del problema (“cambiar la forma de actuar, de ver y evocar recursos y potencial de la persona”). No busca causas subyacentes.	Los problemas emocionales son el resultado de creencias que necesitan ser cambiadas. Los modos cognitivos unidos a situaciones estresantes desencadenadoras provocan la patología (síntomas conductuales, afectivos y psicofisiológicos).	La sesión es una consulta; cada sesión es un todo; sensibilidad al tiempo; al “aquí y ahora”; ultrabrevedad; “el poder está en el cliente”; “hacer cambios pequeños es una gran diferencia”; sin cita, sin filas; se construyen metas; salir con la sensación de haber sido escuchados; mayor conciencia de sus fortalezas y recursos.

Tabla 1. Estructura de las principales orientaciones teóricas del Modelo Universitario de Orientación Psicológica. (continuación)

	Terapia breve estratégica	Terapia racional-emotiva conductual	Terapia efectiva para clientes de atención inmediata
Teoría clínica	Diseñar un enfoque particular para cada problema. Identificar problemas resolubles; establecer metas. Diseñar intervenciones, examinar respuestas y el resultado de una psicoterapia eficaz. El rol del terapeuta es activo y prescriptivo.	Enfoque terapéutico activo-directivo. La terapia se ve como una reeducación. Incremento de la racionabilidad y tolerancia. Para mejorar la sintomatología de los pacientes será necesario hacerles conscientes de sus errores cognitivos, enseñarles a enfrentarse a sus cogniciones negativas y, en último término, modificar sus esquemas cognitivos.	A los clientes se les sugiere hacer algo diferente, pensar de un modo diferente el problema planteado. Se trabaja en equipos interdisciplinarios de tres a cinco personas. Uso de cámara de Ge-sell. Ofrecimiento de más de una perspectiva sobre el problema. Gran parte del cambio ocurre en las sesiones iniciales. No hay una preselección: se atiende a todo el que llegue.
Estrategias y técnicas	Técnica de “bola de cristal”, hipnosis, técnica ericksoniana, intervención sobre patrones y uso de metáforas, promoción de insight, tareas directas y paradójicas, ordalías, rituales.	Decenas de técnicas orientadas a identificar las cogniciones irracionales y corregirlas sustituyéndolas por otras racionales. Biblioterapia, psicoeducación, imágenes emotivas-racionales, inversión de papeles, role playing, uso del humor, tareas en casa, cambio del lenguaje del cliente, etc.	Técnicas específicas para manejar problemas de salud mental. Soluciones intentadas, “ir a lo pequeño”, teoría del problema, teoría del cambio, uso de felicitaciones para empoderar al paciente.

Se parte de la premisa de que cada sesión es un todo, de que es potencialmente completa en sí misma y que el poder está en el cliente, que lo único que se tiene en realidad es el ahora y de que ayudar a la gente a hacer cambios pequeños puede hacer una gran diferencia.

Como cada caso es único, Talmon (1990) describe cinco lineamientos clínicos para facilitar que una sesión sea adecuada y suficiente:

1. Sembrar el cambio por medio de la inducción y la preparación.
2. Desarrollar una alianza junto con el paciente y tener objetivos de tratamiento alcanzables.
3. Avanzar poco a poco y buscar las fortalezas y los recursos del paciente.
4. Esperar el cambio centrándose en el aquí y el ahora, haciendo hincapié en el funcionamiento actual y en las pautas de pensamiento, sentimiento y comportamiento, así como en las alternativas existentes.
5. Tener sensibilidad por el tiempo y aprovechar cada sesión al máximo.

En las terapias de sesión única, los terapeutas se esfuerzan por ayudar a los clientes, tienen acceso y pasan por alto los recursos pasados, replantean situaciones, persiguen un cambio de significados y narrativas, modifican patrones de interacción y con una chispa de imaginación e inspiración creativa tratan de encontrar una solución al problema. Las intervenciones se dirigen hacia el empoderamiento del paciente y su voz de reafirmación constructiva. La idea es “conseguir” que éste conecte y aprecie su visión del mundo y que le ayude a amplificar lo bueno.

Por su parte, la investigación encaminada a desarrollar protocolos de actuación y programas de tratamiento avala la consecución del éxito terapéutico, tanto en el postratamiento como en los seguimientos, en un número corto de sesiones.

Entre estos protocolos, cabe mencionar el programa de una a cinco sesiones aplicado a fobias específicas hacia animales, situaciones naturales, sangre, aviones, enfermedades y otros (Bados y Coronas, 2005; Öst, Alm, Brandberg

y Breitholtz, 2001); la terapia de activación conductual para la depresión, que lleva de seis a doce sesiones, pues los datos empíricos muestran que este trastorno está relacionado con acontecimientos vitales cotidianos del individuo, situaciones estresantes, relaciones interpersonales, situaciones de trabajo, contextos aversivos continuados, etc. (Lejuez, Hopko Hopko, 2001); el tratamiento en ocho sesiones para trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja (Labrador y Alonso, 2005), sin duda, por lo que se refiere a la reducción de este trastorno, y también porque se han producido reducciones significativas de la depresión y mejorías en la autoestima y la adaptación social, y el programa de 12 a 16 sesiones para este mismo trastorno en personas con enfermedad mental grave; los resultados sugieren que clientes con enfermedades mentales graves y PTSD pueden beneficiarse de la TCC, a pesar de la presencia de síntomas graves, ideación suicida, psicosis y vulnerabilidad a las hospitalizaciones (Mueser et al., 2008).

También se ha encontrado el programa de doce a veinticinco sesiones para afectados por los atentados terroristas del 11 de septiembre (Levitt, Malta, Martin, Davisy Cloitre, 2007) y el de diez sesiones para tratar la fobia social (Echeburúa, 1995). Igualmente, en los meta análisis de Moreno, Méndez y Sánchez (2000) sobre los tratamientos para este último problema se emplea una media de seis a ocho sesiones, y en el de Sánchez, Rosa y Olivares (2004) se ofrece una media de 8.5 sesiones, con un rango de entre una a diecisiete sesiones de tratamiento. Shapiro et al. (1995) encontraron que ocho sesiones producen los mismos logros terapéuticos que diecisésis en el tratamiento para la depresión (Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004).

Además, múltiples trabajos destacan la importancia de obtener una mejoría en las primeras sesiones, señalando que conforme se prolongan los tratamientos esa mejoría se reduce.

Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) reportaron que más de la mitad de los pacientes mejoran en las primeras siete sesiones, y que a partir de la 26 el número de quienes lo logran sigue una curva negativamente acelerada. Los datos se basaron en más de 2,400 pacientes y cubren un

periodo de más de 30 años de investigación. Los resultados fueron consistentes entre los estudios, lo que permite una agrupación meta analítica.

Los estudios realizados por Kopta (2003), Barkham et al. (2006) y Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen y Nielsen (2009) indican que una frecuencia elevada de sesiones comienza o bien a “intoxicar” la eficacia de la intervención, o bien a mantener estáticas las mejorías, que siguen un curso asintótico. Ilardi, Craighead y Evans (1997) advierten que la mayoría de los efectos positivos de la terapia cognitiva para la depresión aparecen alrededor de la quinta sesión (Agras et al., 2000; Wilson et al., 1999).

En resumen, los factores comunes a las diferentes psicoterapias han demostrado, en centenares de estudios empíricos rigurosos, que contribuyen entre siete y diez veces más al total del cambio del cliente que los ingredientes específicos diferenciales (teoría o técnicas).

En todos los estudios revisados la contribución propia del cliente (factores extraterapéuticos y expectativas) demuestra ser la mayor fuente de variación del cambio total (aproximadamente 55%), es decir, que más de la mitad del cambio terapéutico depende del cliente (Duncan, Miller y Sparks, 2004).

Tal como se resume en el detallado y sistemático segundo estudio de la Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships de la American Psychological Association (cf. Norcross y Wampold, 2011), está demostrado que para que la terapia sea eficaz se debe adaptar teniendo en cuenta los siguientes factores: nivel de reactancia o resistencia, preferencias sobre el tratamiento en general, cultura de pertenencia y creencias religiosas y espirituales. En consecuencia, es necesario subrayar las características del paciente y de la relación terapéutica como ingredientes esenciales del cambio.

Los logros del movimiento integrador son cuantiosos y destacables, y entre ellos se cuenta el haber dado lugar a una actitud de diálogo respecto a los aspectos comunes y la exploración que trasciende los enfrentamientos entre escuelas o enfoques que caracterizaron las primeras décadas de la disciplina.

Orlinsky, Grawe y Parks (1994) encontraron en su revisión de 132 investigaciones de procesos

y resultados psicoterapéuticos que dos terceras partes de las mismas mostraban una correlación significativa entre la alianza o cohesión psicoterapéutica y los resultados de los tratamientos. Henry y Strupp (1994) hallaron una relación significativa entre la alianza y los resultados obtenidos en distintas terapias (psicodinámicas, eclécticas y cognitivas), siendo las últimas dos las que mostraban la mayor correlación entre la alianza y el resultado.

Hatcher (1999) realizó un análisis de los componentes de la alianza terapéutica según el punto de vista del terapeuta e identificó un factor de colaboración que obtuvo la máxima correlación con las evaluaciones de la mejoría formuladas por éste y por el paciente una vez que tenían claros los objetivos y tareas del proceso terapéutico.

Dentro de los componentes que constituyen la alianza terapéutica, el factor de colaboración y confianza es el que logra la mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher, 1999; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham y Shapiro, 1998). El estudio de Botella, Maestra, Feixas, Corbella y Vall (2015) demuestra que la relación entre la alianza y el resultado de la terapia es más fuerte cuando aquélla se evalúa en la fase inicial del proceso (de la segunda a la sexta sesión), por lo que parece que la que se mide en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia que la que se valora en la fase intermedia o tras haber llevado a cabo muchas sesiones.

Linder, Greenberg y Watson (2001) hallaron una correlación mayor entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia cuando la primera se evaluaba en la octava sesión que en la segunda, la tercera o poco después. Por lo tanto, parece ser que las primeras ocho sesiones son especialmente importantes para el establecimiento de una buena relación con el paciente o, por el contrario, del abandono prematuro de la terapia.

Desde un punto de vista estratégico, para cambiar una situación problemática no es necesario revelar las causas originarias, sino trabajar sobre cómo se mantiene en el presente gracias a la repetición de la “solución intentada” adoptada. Por este motivo, el terapeuta estratégico se enfoca en trabajar más el presente que el pasado, en cómo “funciona” el problema más que en la razón del mismo, y sobre la búsqueda de las soluciones posibles.

El objetivo último de la intervención terapéutica se transforma así en el desplazamiento del punto de observación del sujeto a partir de su posición originaria rígida y disfuncional (que se manifiesta a través de las soluciones intentadas) hacia una perspectiva más elástica y funcional, y con mayores posibilidades de elección. De este modo, la persona adquiere la posibilidad de afrontar el problema sin rigidez y sin estereotipos, disfrutando la ventaja de haber desarrollado diversas estrategias de solución.

Para alcanzar este objetivo de la forma más eficaz y rápida posible, la intervención estratégica es de tipo activo y prescriptivo y debe producir resultados ya desde la primera sesión. Si esto no ocurre, el terapeuta está en condiciones de modificar su propia estrategia con base en las respuestas del cliente, hasta encontrar la estrategia idónea para guiar a la persona al cambio definitivo de su propia situación problemática.

PROUESTA DEL MODELO

Estructura de las sesiones

Cada sesión dura un máximo de 60 minutos y se organiza sobre la base del modelo Milán de cinco partes (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987):

- 1) *Presesión.* El equipo discute la información que posee con el fin de preparar la sesión. Basándose en los formularios de ingreso al CUOP, comienza a especular sobre lo que los clientes podrían querer de la sesión y la manera de proporcionárselos
- 2) *Sesión.* Dura unos 30 minutos. Cabe destacar que durante la misma los miembros del equipo de observación pueden hacer interrupciones.
- 3) *Intersesión.* El terapeuta toma un descanso y platica con el equipo, apartado del cliente, para acordar cómo concluir la sesión.
- 4) *Entrega de la intervención* (retroalimentación del equipo). Presentan, a nombre del equipo, los comentarios e impresiones que se generaron.
- 5) *Postsesión.* Finalmente, se discuten las reacciones que tuvo el cliente a los comentarios.

El equipo rinde su informe. Se entrega al cliente una escala de valoración de resultados de la sesión.

Los servicios de orientación psicológica breve que se proponen se pueden dar a través de las siguientes estrategias:

1. Práctica de orientación psicológica con diversas personas y problemas psicológicos

Un estudiante universitario no tiene que enfrentar dificultades abrumadoras para beneficiarse de una relación de orientación psicológica. La comprensión de diversas situaciones antes de que llegue la etapa de crisis permite a menudo una mayor libertad al tomar decisiones. El personal del CUOP anima a los estudiantes a hablar, incluso si no están seguros de que la terapia u orientación psicológica es lo que realmente necesitan. Con la ayuda de un clínico calificado pueden discutir alternativas y decidir el adecuado seguimiento de sus inquietudes.

El CUOP atenderá principalmente a la comunidad universitaria con servicios profesionales de psicología clínica, coordinados por terapeutas y profesores del Departamento de Psicología, así como por un equipo entusiasta de profesores y alumnos voluntarios.

Se busca una mayor atención y posibilidad de apoyo psicológico a los integrantes de la comunidad universitaria para que puedan manejar mejor sus recursos psicológicos y psicosociales que les permitan adaptarse de manera más adecuada al estrés de la vida cotidiana y mejorar su calidad de vida a través de la adquisición de estilos de vida más saludables.

Los orientadores psicológicos podrán atender diversos problemas: identidad psicosexual, ansiedad, depresión, traumas, nostalgia, dolor emocional, problemas de sueño, manejo de estrés, conflictos en las relaciones interpersonales, manejo de violencia sexual, de género e intrafamiliar, preocupación y problemas de imagen corporal, ira, obsesiones, pensamientos suicidas, comportamientos de riesgo o de vulnerabilidad psicosocial, déficit de atención y problemas de alcohol o drogas (Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones, 2011).

Al centro pueden asistir también personas que se sienten bien consigo mismas, pero que desean adquirir un mayor autoconocimiento y una mejor planeación de su vida, e incluso que aspiran

a manejar de manera más adaptativa sus emociones y sentimientos.

2. Supervisión clínica

La supervisión es uno de los pilares sobre los que se sostiene el funcionamiento óptimo del trabajo terapéutico; los beneficios que otorga, en tanto vínculo creativo, le permiten al terapeuta muchas más herramientas para hacer frente a su trabajo cotidiano, que consiste en generar un diálogo entre colegas en beneficio de los usuarios y terapeutas. En pocas palabras, la supervisión es una ayuda que sirve para mejorar.

Toda la información recabada o que se maneje en el CUOP debe ser absolutamente confidencial, por lo que se pedirá al usuario firmar un formato de consentimiento informado por su participación; el clínico, a su vez, signará un compromiso de privacidad.

El CUOP es un centro de formación para maestros y estudiantes de posgrado que realizan servicios de orientación psicológica, supervisados por un psicólogo experto.

La discusión acerca de los casos gira alrededor de los siguientes puntos: esclarecimiento del caso a partir de preguntas al responsable, formulación de hipótesis, posible pronóstico y proposición de metas. Por último, se demuestran las estrategias terapéuticas para la elaboración del plan de tratamiento mediante el cual la persona pueda alcanzar las metas propuestas.

Desde una perspectiva posmoderna, se entiende la supervisión como un tipo de sistema generador de significados o como un sistema de lenguaje en el que el supervisor y el supervisado crean significados a través de sus conversaciones (Anderson y Goolishian, 1990).

El objetivo de este sistema de supervisión no es corregir errores del trabajo del supervisado, sino crear un contexto que permita que desarrolle nuevos significados, así como el aprendizaje y el cambio. La responsabilidad del supervisor es crear y facilitar un proceso en el que los supervisados puedan ampliar sus opciones para conceputar y manejar el problema al que se enfrentan (Anderson y Goolishian, 1990).

Como terapeutas, es muy importante que los psicólogos emprendan un proceso de reflexión sobre su trabajo, cuestionando y analizando desde

una postura crítica lo que hacen. Esto implicará también invitar a sus clientes y alumnos a reflexionar sobre sus experiencias terapéuticas y de aprendizaje, incluyendo la relación con el terapeuta o maestro, para buscar qué es lo que funciona bien y repetirlo, y asimismo abandonar las ideas que no han sido útiles.

El trabajo que hace el supervisor es el de favorecer un clima de respeto, apertura y confianza; además de tener siempre en cuenta el bienestar de los clientes, es el responsable de cuidar que todas las voces y las necesidades de los participantes del grupo sean representadas, escuchadas y consideradas.

Es importante señalar que el supervisor no cree que sus ideas tengan más peso ni más importancia que las de los participantes del grupo. Ofrece su experiencia, habilidades y recursos en la práctica clínica, así como los recursos de los participantes, para maximizar la diversidad en ideas, estilos y contextos (Anderson y Goolishian, 1990; Bobele, Gardner y Biever, 1995; Tarragona, 1999).

Cuando se trabaja con equipos reflexivos no se pretende llegar a una conclusión o “cierre” al final de la sesión; se aspira más bien a dejar abiertas distintas ideas y posibilidades para los participantes en las conversaciones reflexivas.

Utilizar equipos de reflexión en la psicoterapia y la supervisión ha hecho posible ampliar la postura colaborativa y ofrecer una forma de trabajo menos jerárquica, de co-construcción a través de la conversación, de procesos terapéuticos y de conocimiento en conjunto con los clientes y los alumnos. La crítica posmoderna reta a estar en un proceso de búsqueda continua, en un constante desafío teórico y práctico. El trabajo reflexivo, y el equipo en particular, admiten tomar seriamente este reto y disfrutar haciéndolo.

Bobele et al. (1995) ven la supervisión como un proceso colaborativo, aun cuando los participantes tengan diferentes niveles de experiencia. Debe crearse un ambiente que permita el diálogo entre el supervisor y el supervisado. La supervisión es una oportunidad para entender de qué manera los supervisados entienden la situación terapéutica, y los supervisores se esfuerzan por encontrar maneras de compartir la perspectiva teórica del terapeuta y la del supervisado y los puntos de vista del paciente.

La supervisión posmoderna valora la multiplicidad de voces y perspectivas que un equipo

puede ofrecer. Muchos supervisores han adoptado el uso del equipo reflexivo, que es una modalidad de trabajo creada por Andersen (1991), cuya principal característica es que los miembros del equipo dialogan en presencia de los pacientes, no tras un espejo o a sus espaldas.

3. Seguimiento de los casos para la planeación de tratamientos alcanzables (psicoterapia breve)

En los CUOP se busca contribuir responsablemente a la prevención y solución de problemas de salud mental, diseñando y consolidando un modelo que sistematice la atención psicológica individual y comunitaria y que sea un marco para la enseñanza e investigación en el área de la salud mental.

Cada uno de los psicólogos en formación toma las sugerencias de la sesión de supervisión; luego, elabora un plan de tratamiento flexible y hace un seguimiento durante las sesiones de supervisión a lo largo del tratamiento para implementar los cambios que sean necesarios según el reporte de avances o retrocesos de la persona en tratamiento.

Se trata de planificar y registrar lo que realmente se hace en cada sesión y de cómo se contribuye al tratamiento. Es de esperarse que aquellos psicólogos comprometidos en la construcción de protocolos específicos de intervención psicológica encuentren una guía para llevar a cabo su trabajo de manera más eficiente.

4. Vinculación de la teoría con la práctica y la investigación

Esta estrategia tiene el propósito de enlazar la teoría, la práctica y la investigación. Se induce al psicólogo en formación a asumir el proceso psicoterapéutico como una investigación que surge desde la práctica misma.

La práctica de los alumnos constituye un beneficio en sí mismo, aunque no el único, porque también se busca ofrecer un servicio que ya tiene una considerable demanda en la comunidad universitaria, como el presente autor ha podido constatar al entrevistar a los responsables de diferentes centros de atención psicológica. Los recursos personales, las experiencias e intereses del estudiante, la interacción con la diversidad de personas en tratamiento, la supervisión y el cuestionamiento reflexivo constante contribuyen de forma decisiva a la adquisición del aprendizaje.

Un tratamiento psicológico no es algo ya predeterminado y que solamente puede ocurrir de una sola manera, sino que debe analizarse como un proceso, como un continuo de aprendizaje el cual se puede intervenir para reconstruir nuevas experiencias.

El objetivo básico de la investigación en la psicoterapia es desarrollar y evaluar tratamientos efectivos. Enseñar a los estudiantes a buscar, descubrir y generar conocimientos producirá profesionales más proactivos en la búsqueda de soluciones para la diversidad de problemas que deberán atender. El dudar sistemática y metódicamente hará que los estudiantes no acepten dogmas, sino que, a la luz de la ciencia, contrasten las verdades y conocimientos vigentes.

CONCLUSIONES

Los objetivos del presente estudio fueron describir la metodología empleada para el desarrollo de un centro de orientación psicológica para universidades y presentar los componentes que la integran a través de un proceso de dos fases: entrevistas con expertos para conocer principalmente las líneas de acción y aproximaciones teóricas más exitosas utilizadas en sus centros universitarios, y su revisión con evidencia científica para generar un modelo de intervención en psicoterapia breve con sus principales elementos y estrategias de intervención.

La posibilidad de que las universidades cuenten con sus propias clínicas o centros de orientación psicológica supone un gran avance para la enseñanza de la psicología.

La presente propuesta de un modelo operativo de atención psicológica en universidades permite una mayor riqueza en la diversidad de líneas de acción, así como la obtención de resultados más específicos y viables. La nueva concepción de un equipo reflexivo y de un modelo de atención basado en la psicoterapia breve trata de aunar esfuerzos en beneficio de la población a fin de que la mayoría de las universidades disponga de un centro universitario de orientación psicológica que ayude a cubrir las necesidades de la formación, particularmente en lo que se refiere a la enseñanza, la práctica y la investigación de la psicología clínica. Existe un potencial para la atención y la promoción de la salud mental que sería relevante encauzar en beneficio de la salud pública, lo que enriquecería las actividades de diagnóstico, tratamiento y prevención de los diversos problemas y trastornos.

La universidad está predeterminada para ser un importante mecanismo del motor social, por lo que la creación de un servicio que pueda reunir las demandas y preocupaciones de sus integrantes, y que a la vez posibilite los componentes necesarios para dar las respuestas adecuadas, es sin duda necesario.

Las posibilidades de evaluar un tratamiento psicoterapéutico son hoy muy diversas y extensas. Los distintos tipos de investigación hacen posible lo anterior, pudiendo tanto el clínico como el investigador contribuir de modo importante a la mejora y evaluación de su propio trabajo profesional, así como a aumentar las estrategias y pulir las técnicas, pero sobre todo hacer de la psicología clínica una verdadera ciencia aplicada que tenga como objetivo central reducir el sufrimiento del ser humano.

REFERENCIAS

- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T. y Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: Data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1302-1308. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1302>.
- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Madrid: Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1990). Supervision as collaborative conversation: Questions and reflections. En H. Brandau (Ed.): *Von der supervision zur systemischen vision*. Salzburg: Otto Muller Verlag.
- Bados, A. y Coronas, M. (2005). Intervención en un caso de fobia a la sangre/inyecciones/ heridas. En J. O. y F. X. M. Espada (Eds.): *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 47-65). Madrid: Pirámide.

- Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D.C., Olsen, J. y Nielsen, S.L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 203-211. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/a0015235>.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W.B., Miles, J.N.V., Margison, F., Evans, C. y Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160-167. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>.
- Berenzon, S., Saavedra, N., Medina-Mora, M.E., Aparicio, V. y Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252-258.
- Bobole, M., Gardner, G. y Biever, J. (1995). Supervision as social construction. *Journal of Systemic Therapies*, 14(2), 14-25. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1521/jsyt.1995.14.2.14>.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. y Vall, B. (2015). Integración en Psicoterapia 2015: pasado, presente y futuro. *Integración en Psicoterapia*, 1-40. Disponible en línea: https://www.researchgate.net/publication/284869588_Integracion_en_psicoterapia_2015_pasado_presente_y_futuro.
- Budman, S.H., Hoyt, M.F. y Friedman, S. (1992). *The first session in brief therapy*. New York: The Guilford Press.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2008). *Informe de Pobreza Multidimensional en México, 2008*. México: Autor.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. y Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 405-423. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1080/10503309912331332831>.
- Heinze, G., Chapa, G. del C., Santisteban, J.A. y Vargas, I. (2012). Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Mental*, 35(4), 279-285.
- Henry, W.P. y Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.): *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: John Wiley & Sons.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. y Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist*, 41(2), 159-164. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>.
- Hoyt, M.F. (2009). *Brief psychotherapies: principles and practices*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Ilardi, S.S., Craighead, W.E. y Evans, D.D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 381-391. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.381>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. México: INEGI.
- Kopta, S.M. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: a defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 727-733. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1002/jclp.10167>.
- Labrador, F.J. y Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Labrador, F.J., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología*, 27(2), 319-326. Disponible en línea: <http://revistas.um.es/analesps>.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R. y Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286.
- Levitt, J.T., Malta, L.S., Martin, A., Davis, L. y Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1419-1433. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.004>.

- Linder, B., Greenberg, L. y Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11(2), 221-233. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1093/ptr/11.2.221>.
- Loubat, M. y Magaña, I. (2005). Centro de atención psicológica de la escuela de psicología de la Universidad de Santiago de Chile: una experiencia de reestructuración inspirada en los modelos biopsicosocial y de salud pública. *Revista de Psicología*, 14(2), 47-62.
- Moreno, P., Méndez, X. y Sánchez, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12(3), 346-352.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Xie, H., Jankowski, M.K., Bolton, E.E., Lu, W. y Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>.
- Norcross, J.C. y Wampold, B.E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. <http://doi.org/10.1002/jclp.20764>.
- Orlinsky, D., Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En Bergin, B. y J. S. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-378) (4th ed). New York: Wiley & Sons.
- Öst, L.G., Alm, T., Brandberg, M. y Breitholtz, E. (2001). One *vs.* five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39(2), 167-183. Disponible en línea: [http://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00176-X](http://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00176-X).
- Sánchez M., J., Rosa A., A.I. y Olivares R., J. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20(1), 55-68.
- Secretaría de Salud (2005). *Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS]*. México: ssa. Disponible en línea: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>.
- Secretaría de Salud (2012). *Decreto en que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de salud mental*. México: Secretaría de Salud. Disponible en línea: http://www.dof.gob.mx//avisos/2238/SALUD_150113_02/SALUD_150113_02.html.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones (2011). Disponible en línea: <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx>. Drogas ilícitas en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf.
- Shapiro, D.A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S. y Startup, M. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 378-87. Disponible en línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7608350>.
- Stiles, W.B., Agnew-Davies, R., Hardy, G.E., Barkham, M. y Shapiro, D.A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 791-802. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/0022-006X.66.5.791>.
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tarragona S., M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7(2), 68-72.
- Tortella F., M., Baños R., M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández A, F., García C., J. y Vázquez, C. (2016). Clínica y salud: retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27, 37-43. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>.
- Westen, D., Novotny, C.M. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663. Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>.
- Wilson, G.T., Loeb, K.L., Walsh, B.T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X. y Watermaux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 451-459. Disponible en línea: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10450615>.
- World Health Organization (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO. Disponible en línea: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.