

**CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CAPS)  
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS Y  
ESTÁNDARES  
2018**

**Equipo revisor:**

- Catalina Valenzuela
- Diana Cornejo
- Alejandra Carrillo
- Ximena Cárcamo
- Andrés Ibarra
- Johann Ellwanger
- Marisol Marco

## 1. Índice

1. Índice .....	2
2. Introducción. ....	3
3. Antecedentes históricos.....	3
4. Declaraciones fundamentales del CAPS.....	4
4.1. Visión:.....	4
4.2. Misión: .....	4
4.3. Propósitos y Objetivos del CAPS:.....	5
5. Marco Conceptual. ....	6
5.1. Modelos terapéuticos.....	6
5.1.1. Psicoterapia:.....	6
5.1.2. Modalidades terapéuticas.....	8
5.1.2.1. Psicoterapia Sistémica .....	8
5.1.2.2. Psicoterapia Cognitivo conductual .....	14
5.1.2.3. Psicoterapia Humanista Gestáltica.....	19
5.1.2.4. Psicoterapia Psicodinámica .....	30
6. Servicios del CAPS .....	41
6.1. Área psicología.....	41
7. Estándares de los servicios.....	44
7.1. Dignidad del Paciente. ....	44
7.2. Gestión de la Calidad. ....	45
7.3. Gestión Clínica. ....	46
7.4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención.....	46
7.5. Competencias del Recurso Humano.....	47
7.6. Registros.....	54
7.7. Seguridad del Equipamiento y Seguridad de las Instalaciones. ....	56
7.8. Servicios de Apoyo. ....	57
8. Control de estándares y de la gestión.....	57
9. Protocolos y procedimientos. ....	59
9.1. Ideación e intento suicida.....	59
9.2. Urgencia Psiquiátrica .....	60
9.3. Agresión sexual infantil.....	61
9.4. Maltrato Infantil.....	62
9.5. Atención estudiantes de psicología .....	63
9.6. Elaboración y entrega de informes psicológicos .....	63
10. Referencias bibliográficas.....	64
10.1. Formato Consentimiento informado Adulto (Doc. N° 4).....	66
10.2. Formato Consentimiento informado Infantojuvenil (Doc. N°5) .....	67
10.3. Formato Ficha Técnica CAPS .....	68

## **2. Introducción.**

El presente documento pretende constituirse en un manual que permita entender el marco de referencia para los servicios y prácticas desarrolladas en los Centros de atención psicosocial (CAPS), pero también en un documento que plasme la historia, los principios y valores asociados al proceso formativo que se despliega en estos centros.

## **3. Antecedentes históricos.**

Los Centros de atención psicosocial (CAPS) aparecen en la Universidad de las Américas el año 2005 en el Campus La Florida, a propósito de la necesidad de generar un espacio de práctica Clínica para los estudiantes de psicología del régimen Executive, quienes por sus restricciones horarias y escasa posibilidad de desplazamiento tenían enormes dificultades para encontrar espacios de práctica clínica, y fue así que se pensó en incorporar dentro de la Universidad un espacio de práctica, que sirviera a estos estudiantes para el desarrollo de habilidades clínicas, pero además, para que la Universidad comenzara un proceso de vinculación con la comunidad dando servicios que pudieran satisfacer las necesidades de un grupo importante de personas de las comunidades vecinas a cada Campus.

Más tarde se abren estos Centros de atención en el resto de los Campus, continuó Providencia, Santiago Centro, Concepción, Viña del Mar y finalmente Maipú. El 2010 el CAPS de Providencia es cerrado debido a que se traslada a Santiago Centro la carrera de Psicología, y en el mismo año el CAPS de Maipú debió cerrar sus puertas, debido a los daños producidos por el terremoto. Favorablemente, en Abril de 2014 el campus Maipú logró reparar las instalaciones del CAPS, lo que permitió su reapertura.

Entre el 2012 y el 2014 las dependencias de los CAPS se remodelan e inician su funcionamiento como Centros de Prácticas Profesionales (CPP), incorporando en los distintos campus servicios asociados a las carreras de Derecho (Clínica Jurídica), Nutrición (Centro de atención nutricional) y Trabajo Social (Centro de atención psicosocial) dentro de las dependencias de la Universidad, incrementando y diversificando los servicios que entrega a la comunidad externa y a la comunidad universitaria.

El Centro de Atención Psicosocial de Universidad de las Américas, se constituye entonces en un espacio de formación profesional para los estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales. Se espera que en el quehacer se articule con las actividades prácticas formativas de la malla curricular, para brindar atención y servicios profesionales a los habitantes e

instituciones de las comunas en que se inserta, siempre desde una mirada ética, con alto compromiso social y cercanía a la realidad que acoge.

La instalación de los CAPS en la comunidad ha ido acompañada de una creciente demanda por sus servicios; el volumen de pacientes atendidos, la diversidad y complejidad de los casos ha ido en aumento, así como los talleres comunitarios, psicodiagnósticos y otras actividades y servicios que se ofrecen en el CAPS. Esto hace que sea necesario que la institucionalidad del CAPS se formalice, generando estándares de recursos humanos e infraestructura, así como el desarrollo de un manual que recoja los procedimientos, protocolos y estándares necesarios para asegurar un funcionamiento adecuado que resguarde la atención profesional y ética de los pacientes, garantizando el funcionamiento homogéneo de las distintas sedes.

#### **4. Declaraciones fundamentales del CAPS**

Los Centros de Atención Psicosocial de Universidad de Las Américas (CAPS) se constituyen en un espacio de formación profesional y de vinculación con el medio, que busca conseguir los siguientes propósitos.

##### **4.1. Visión:**

“Constituirse en un referente de la formación profesional de estudiantes de las Ciencias Sociales, que aporten a la salud mental y calidad de vida de las comunidades que atienden, desde una mirada crítica, comprensiva y ética”.

##### **4.2. Misión:**

“Constituirse en un espacio de formación y entrenamiento en habilidades propias de la Psicología y el Trabajo Social, que posibilite a los estudiantes, desarrollar estrategias de promoción, prevención y tratamiento en el ámbito de la salud mental y el desarrollo psicosocial de las comunidades a las que atiende, favoreciendo el desarrollo de su rol como profesionales activos, con una mirada reflexiva y crítica de su entorno, contribuyendo así al bienestar de personas y comunidades, integrando los aspectos teóricos y deontológicos de la disciplina a su quehacer”.

### **4.3. Propósitos y Objetivos del CAPS:**

#### **Propósitos**

Contribuir a la formación académica y entrenamiento en habilidades profesionales de los estudiantes de Psicología y Trabajo Social que les permita el desarrollo de estrategias de promoción, prevención y tratamiento en el ámbito de la salud mental y el desarrollo psicosocial, a través del ejercicio de los aspectos prácticos contenidos en los programas de pre-grado.

Establecer relaciones directas con la comunidad universitaria y la comunidad general para potenciar vínculos concretos entre la Facultad de Ciencias Sociales y su entorno social con el fin de permitir un mejor conocimiento de las necesidades en salud mental y psicosociales de la población.

**Los objetivos estratégicos:** *en el marco del desarrollo de y proyección de los CAPS, para la materialización de su misión, visión y propósitos se espera:*

1. Desarrollar competencias y habilidades propias del quehacer del psicólogo y del trabajador social, en ámbitos individual, familiar y social que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de personas, grupos y comunidades, en función de las demandas de los propios beneficiarios.
2. Entrenar habilidades y destrezas asociadas a la construcción de un problema, diagnóstico, diseño, intervención y evaluación, así como las habilidades propias del quehacer de la psicología y el trabajo social.
3. Desarrollar intervenciones psicosociales en beneficio de la comunidad en general, que favorezcan el desarrollo de estrategias en los usuarios que le permitan promover su calidad de vida y bienestar subjetivo.
4. Ofrecer un servicio de extensión a la comunidad en general, en diversos ámbitos de intervención de las carreras de la Facultad de Ciencias Sociales con altos estándares de calidad (seminarios, talleres, charlas, capacitaciones, entre otros).

## 5. Marco Conceptual.

### 5.1. Modelos terapéuticos

El modelo de trabajo clínico de los CAPS no se restringe a un enfoque teórico predeterminado, si no que en coherencia a la formación generalista desarrollada en el plan de estudios, mantiene una mirada epistemológica que considera la opción teórica del estudiante, la formación del supervisor y las particularidades del caso. A modo general, se presentan a continuación, algunos lineamientos técnicos y conceptuales de la psicoterapia.

#### 5.1.1. Psicoterapia:

En términos generales, la psicoterapia puede ser definida como *“El tratamiento ( eminentemente verbal) que lleva a cabo un profesional de la salud (psicoterapeuta) para conseguir que un paciente/cliente/consultante pueda lograr una serie de mejoras y cambios positivos en lo que respecta a su comportamiento, a su salud psíquica y física, a la adaptación al entorno o a su identidad psicológica”*.

#### Objetivos de la psicoterapia

De acuerdo a diversas investigaciones, es posible señalar que la psicoterapia posee una serie de objetivos que son transversales y compartidos por todos los modelos terapéuticos:

##### 1. Fomentar el "insight"

Insight es un término proveniente del inglés que se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente como "entendimiento". Mediante un insight el sujeto "capta", "internaliza" o comprende, una "verdad" revelada. Dicho de otro modo, el "insight" es la capacidad de "darse cuenta", es tomar conciencia en forma súbita de una realidad interior, que normalmente había permanecido desconocida (inconsciente).

El *insight verdadero* es el que ocurre cuando tanto pensamientos como sentimientos se conjugan en una sola unidad que permite comprensión de lo ocurrido, posibilitando visualizar un hecho de manera diferente conectando aspectos manifiestos y latentes, produciendo una verdadera "revelación". Ese nuevo descubrimiento implica para el paciente, que los relatos, actos o pensamientos encajan o calzan, es decir ***“tienen sentido”***.

Los terapeutas de todas las tendencias teóricas intentan promover un autoexamen (toma de conciencia), autoconocimiento y autoanálisis de sus pacientes, clientes, consultantes.

La técnica común para el desarrollo del "insight" es que el terapeuta ofrezca una interpretación de la conducta del sujeto.

El propósito no es convencerlo de que el terapeuta necesariamente está en lo correcto acerca del significado de algún acontecimiento, sino motivarlo a examinar-se de una manera más cuidadosa acerca de su propia conducta y quizá deduzca algunas conclusiones acerca de su significado.

Luego que el paciente es capaz de asimilar los *insight* que proporciona el terapeuta tiene que comprobar primero su validez, introspeccionarse, reflexionar, conectarlo con su experiencia emotiva y digerirlo.

Finalmente, mediante funciones sintéticas e integradoras, en conjunción con la alianza de trabajo con el terapeuta, el sujeto puede conseguir la elaboración (re-significación) de la experiencia.

### **Metas del insight:**

- Reflexionar acerca de uno mismo.
- Lograr un “entendimiento” de uno mismo.
- Hacer consciente lo inconsciente.
- Facilitar progresiva autonomía del paciente.
- Reelaborar o resignificar la experiencia.

### **2. Reducción de la perturbación emocional**

En ocasiones los sujetos llegan en un estado de tanta crisis emocional y angustia que es bastante difícil que participen de una manera muy activa en la terapia, en estos casos el terapeuta intentara reducir el nivel de perturbación.

Por lo general los terapeutas no eliminan por completo la incomodidad (angustia) del sujeto, ya que si lo hicieran es posible que también eliminen cualquier motivación que tenga por trabajar hacia el logro de un cambio permanente.

El reto consiste en disminuir el sufrimiento extremado sin mermar el deseo del sujeto por manejar sus problemas prevaletentes. El método más común será la relación terapéutica como un aliciente para lograr fortalecer las emociones del sujeto.

### **3. Fomentar la catarsis**

Catarsis es una palabra griega (*catharsis*) que se refiere al proceso real o metafórico de purificación y es usada en psicoterapia para explicar el proceso de liberación de las emociones negativas. Es un término psicoanalítico entendido como el proceso que realiza el paciente de manera consciente o inconsciente para “sacar de su interior” todo aquello que le genere angustia, dolor o preocupación y así “limpiarse” de sostener todos esos sentimientos dolorosos.

La psicoterapia procura que el paciente logre en la presencia protectora del terapeuta, el desahogo de las emociones restringidas que el sujeto se ha guardado y que ha temido reconocer por un periodo prolongado.

La catarsis es entonces un proceso de descarga emocional que se expresa en llanto, risa, etc., y que produce alivio de la tensión acumulada.

De esta manera, la psicoterapia se transforma en un espacio de catarsis o de limpieza propiciando que la persona se libre de todas las cargas y presiones que puede generarle su vida cotidiana en un espacio de empatía y aceptación incondicional

#### **4. Proporcionar información nueva**

Ya que la psicoterapia es educativa, se proporciona información nueva con la intención de corregir algunas lagunas o distorsiones en el conocimiento del sujeto.

Apunta a entregar o descubrir en el sujeto nuevas posibilidades de resolución de situaciones difíciles, apuntando a un desarrollo más autónomo en él.

#### **5. DESIGNAR TAREAS FUERA DE LA TERAPIA**

Se realiza con el propósito de fomentar la transferencia de los cambios positivos del sujeto al "mundo real". Apunta al logro de cierto nivel de generalización de las temáticas trabajadas y que puedan ser extrapoladas a otros ámbitos de la vida del sujeto.

Gran parte del cambio en el proceso terapéutico, ocurre fuera de la consulta, es decir, entre sesiones y de esta manera, se espera que el paciente "trabaje" en su mejoría NO sólo en las sesiones. Las tareas entregadas por el terapeuta, apunta a poner en práctica lo trabajado en sesiones.

#### **6. Desarrollar fe, confianza y una expectativa de cambio**

El éxito de una psicoterapia depende en parte, a su capacidad de generar la expectativa en el sujeto de que mejorará. La definición de expectativa es: *"un resultado que se busca con la creencia, fe, confianza y convicción de que será encontrado"*.

Un elemento importante para cualquier terapia efectiva es que provoca que el sujeto crea que puede alcanzar determinados cambios positivos. El terapeuta luego de fomentar la motivación y expectativas para el tratamiento, intentara que el propio sujeto experimente algún éxito a través de la terapia a la mayor brevedad, es decir, producir el tipo de cambio que el sujeto espera que suceda. Existe un impacto acumulativo a partir de pequeños cambios, empiezan a persuadirse de que puede cambiar, que pueden controlar su vida, que sus problemas son comprensibles. El terapeuta fomenta la autoestima creciente del sujeto al señalarle que todos los cambios que se han alcanzado son el resultado de su propio esfuerzo.

#### **5.1.2. Modalidades terapéuticas**

##### **5.1.2.1. Psicoterapia Sistémica<sup>1</sup>**

Los aportes principales que nutren el enfoque sistémico provienen de:

- Teoría General de Sistemas.
- La cibernética.
- Teoría de la comunicación.
- La psicoterapia familiar.

Cuando se habla de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy), se hace alusión a un enfoque que engloba más de una disciplina (interdisciplinario) y su principal desafío, ha

---

<sup>1</sup> Apartado elaborado por la supervisora clínica CAPS-Viña del Mar, Ximena Cárcamo



sido identificar las características que poseen todos los sistemas, independiente de la disciplina en la que surgen. Es así, que se entiende Sistema como el conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Esto, se define por su oposición al reduccionismo, y pone el énfasis en las propiedades del todo, que resultan de la interacción de los distintos elementos que lo componen. Desde lo anterior, se desprenden otros conceptos que resultan fundamentales: relación e interacción, lo que hace referencia a la forma en que se mantienen en contacto los distintos elementos que forman el sistema, suponiendo así la interdependencia entre las partes y la posibilidad de que se genere un movimiento en el sistema, a través del cambio en las características de la relación. Esto, resulta fundamental en los procesos de psicoterapia.

Dentro de otros conceptos derivados de esta teoría, se reconoce el de totalidad, que representa la idea de que el todo es más que la suma de sus partes; el de equifinalidad, que indica que un mismo efecto puede responder a distintas causas o condiciones iniciales. Por lo anterior, un sistema no puede ser explicado en términos de una mirada lineal causal. Además de circularidad, que se define como una característica de las pautas de causalidad, ya que un elemento refuerza interdependientemente la manifestación de otro elemento. Lo anterior, supone el alejamiento de una visión lineal y causal de los fenómenos humanos. En coherencia con lo anterior, aparece el concepto de retroalimentación, entendida como la base de la circularidad; ya que, en todo sistema abierto, a partir de una información emitida, existe cierto grado de información de retorno, que regresa del receptor al emisor y permite la comunicación y el intercambio. Pudiendo distinguirse la retroalimentación negativa, que sería la información que entra al sistema y refuerza la forma de funcionamiento que ha tenido, y la retroalimentación positiva que, al incorporarse al sistema, permite que se genere un cambio, movilizándolo así al sistema.

Desde el punto de vista de la Cibernética, entendida por Bateson (1972) como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización, y por Keeney (1987) como la ciencia que se ocupa de las pautas y la organización de los sistemas, aparece una distinción que resulta fundamental al momento de pensar en las distintas escuelas sistémicas y en sus características formas de “hacer”. Es así como Von Foerster (1973), observa un proceso que se desarrolla en 3 niveles de complejidad: cibernética de orden “0”, cibernética de primer orden y la cibernética de segundo orden. Hasta ese punto, se definía la “realidad” de manera objetiva e independiente de quien observaba, o sea, de quien diera cuenta de esta, lo que era coherente con el paradigma científico y de alguna manera con la cibernética de primer orden, que definía al terapeuta fuera del sistema terapéutico, lo que

le otorgaba una posición de distancia y objetividad acerca de lo que pasaba; sin embargo, Von Foerster plantea que la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, es requisito para situarse en una forma de acceder a los sistemas vivientes, más aún de los sistemas humanos. Es así, como se transita a una cibernética de segundo orden, donde se contempla a quien observa como parte de lo observado.

Una de las implicancias de situarse desde la cibernética de segundo orden en el proceso de terapia, es el comienzo de la utilización de la Sala Gesell y los procesos de reflexión que surgen en el equipo tratante y en el proceso de supervisión, constituyéndose así los grupos reflexivos.

Otra de las consecuencias de esta mirada, es el surgimiento de las escuelas narrativas y constructivistas, quienes destacan la relación terapéutica como un factor crucial en el proceso de intervención psicoterapéutica. “Se sustituye así el pensamiento lineal, que distingue causa y efecto, por una visión de los problemas y las personas basadas en la causalidad circular, la atención al contexto y las relaciones” (Moreno, 2014).

Desde el punto de vista de los pragmáticos de la comunicación, puede mencionarse que el grupo pionero estaba liderado por el antropólogo Gregory Bateson, quien trabajó con Jhon Weakland, Jay Haley y William Fry, contando con la asesoría del psiquiatra Donald Jackson. Es este equipo el que traslada a los circuitos humanos los conocimientos y conceptos básicos de la Teoría de los Sistemas y la cibernética, comenzando a investigar acerca de las cualidades de la esquizofrenia como una patología de interés para la disciplina.

El primer hallazgo se relaciona con el surgimiento de la Teoría del Doble Vínculo o doble coacción recíproca, que marcó una forma de entender la psicosis, pasando del foco biológico e individual a un contexto más amplio: las interacciones, destacando la importancia de la familia donde surgían estos mensajes contradictorios. Margaret Mead, esposa de Bateson, advierte que hay un terapeuta conocido que utiliza este tipo de comunicación con sus pacientes, no con el propósito de generar un cuadro psicótico, sino con el propósito de ayudar a la resolución de los problemas que traían los consultantes; el terapeuta era, Milton Erickson. Por lo anterior, Bateson invita a parte de su equipo a ubicar a este terapeuta y a entrevistarlo, a modo de conocer mejor su forma de interacción, participando así Jay Haley y Jhon Weakland.

Al regresar Haley y Weakland, le proponen a Bateson comenzar a estudiar los procesos de psicoterapia, lo que no acepta. Por lo que en las mismas dependencias en las que

funcionaban, se funda el Mental Reaserch Institute, MRI Palo Alto, que más tarde cuenta con la participación de Paul Watzlawick, Don Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin; donde el foco de este nuevo grupo se relaciona con la comunicación desde una mirada cibernética. Es así como distinguen una nueva comunicación basada en la pragmática de acciones e interacciones, que se sintetizan en el primero de los 5 axiomas de la comunicación: “Toda conducta es comunicación”, por lo tanto “es imposible no comunicarse”. A este grupo, finalmente se une Richard Fisch, quien en el mismo espacio funda el Centro de Terapia Breve en el año 1968.

### **Características generales de la psicoterapia sistémica:**

En la mirada sistémica, la sintomatología es entendida como expresiones disfuncionales de un sistema, de modo de que el foco de atención, análisis y trabajo no recae sobre una persona identificada como la que es portadora de la sintomatología o quien tiene el problema, sino que incorporará todo el sistema. Es así como se focaliza en las interacciones y las pautas de relación que se repiten y que no permiten que se resuelva aquello que complica a los sistemas y que se puede reconocer como el motivo que finalmente los hace consultar.

En relación a otros procesos terapéuticos de líneas más analíticas, la duración de la intervención es considerablemente menos extensa, contando con la participación activa de quien asume la posición de terapeuta, quien se incorpora al sistema que consulta formando así el sistema terapéutico.

Tal y como lo expone Alicia Moreno (2014) “(...) este enfoque no trata de “reparar” las disfunciones o patologías en el individuo, sino de entender cómo determinados problemas, que pueden manifestarse como síntomas en una persona o como dificultades en las relaciones, se generan o mantienen dentro de determinados contextos relacionales y visiones del mundo compartidos por la familia y por el entorno cultural y social. La metáfora del “sistema” señala así que la mirada del terapeuta está puesta en algo que va más allá del individuo: en su sistema relacional significativo (fundamentalmente, la pareja o familia, incluyendo también a los profesionales y diferentes contextos institucionales que intervienen en torno al problema, y a los discursos sociales prevalentes”.

Desde esta mirada, se supone que los sistemas que consultan, lo hacen porque no han logrado resolver lo que les complica o causa dolor, dando así la posibilidad de co-construir el motivo de consulta que guiará todo el proceso de intervención, el que llegará a su fin cuando esto se resuelva.

Al adoptar la epistemología sistémica para entender e intervenir en procesos psicoterapéuticos, no se advierten limitaciones en su aplicación; ya que es lo suficientemente amplia para incorporar la idiosincrasia de cada persona o sistema que consulta.

**Principales escuelas de psicoterapia sistémica:**

En relación a las escuelas de psicoterapia sistémica que han desarrollado metodologías de trabajo y han sido parte fundamental del desarrollo de esta nueva epistemología, se puede mencionar:

1. Escuela Interaccional o Escuela de Palo Alto (M.R.I).
2. Escuela Estructural Estratégica.
3. Escuela de Milán.
4. Escuela de orientación constructivista.

Se desarrollan a continuación las principales características de cada una:

<b>Escuela Interaccional o Escuela de Palo Alto (M.R.I)</b>	
Conceptos básicos	Interacción, comunicación (axiomas), soluciones intentadas, metas mínimas.
Foco de Análisis	En el proceso de interacción.
Objetivo del cambio	Circuito que mantiene el problema a través de las soluciones intentadas.
Foco de intervención	Segmento más motivado al cambio.
Estrategias de intervención	Re-definición Sugerencias Prescripciones Tareas post-sesión Definición del cambio mínimo Paradojas Identificación de soluciones intentadas “Hablar el lenguaje del paciente” “Cargar con sugestión la prescripción” La pregunta del milagro Pregunta de escala
Principales exponentes	Paul Watzlawick Jhon Weakland Richard Fish Don Jackson Steve de Shazer

	Karin Schlanger Giorgio Nardone Marcelo R. Ceberio
<b>Escuela Estratégica Estructural</b>	
Conceptos básicos	Estructuras, límites, fronteras, alianzas, coaliciones, poder, jerarquías y secuencias, tareas del desarrollo familiar e individual, mapa familiar.
Foco de Análisis	En la forma en que se organizan los sistemas: interdependencia y jerarquía.
Objetivo del cambio	Estructura del sistema que resulta problemático.
Foco de intervención	Subsistemas.
Estrategias de intervención	Re-definición Re-encuadre Tarea intra-sesión Puesta en acto Desbalanceos Sugerencias Prescripciones
Principales exponentes	Jay Haley Salvador Minuchin Milton Erickson
<b>Escuela de Milán</b>	
Conceptos claves	Significados, visión de mundo del sistema, creencias, juego familiar, causalidad circular, mitos familiares.
Foco de Análisis	En el significado que otorga el sistema.
Objetivo del cambio	Significado del sistema que resulta problemático.
Foco de intervención	Todo el sistema que se presenta como problema y luego los subsistemas que lo componen.
Estrategias de intervención	Preguntas circulares Connotación positiva Rituales Paradojas Prescripción invariable
Principales exponentes	Mara Selvini Pallazoli Giuliana Prata Luigi Boscolo Gianfranco Cecchin

<b>Escuela de orientación constructivista</b>	
Conceptos claves	Narrativa, historias, co-construcciones, deconstrucción
Foco de Análisis	Construcción de las historias (narrativa) que las personas realizan acerca de sus vidas.
Objetivo del cambio	Narrativa de las historias
Foco de intervención	Deconstrucción de las narrativas opresivas
Estrategias de intervención	Re-significación Externalización Rituales Metáforas De-construcción
Principales exponentes	Michael White David Epston J.L Linares Raúl Medina

Tal y como lo plantea Sluzky (2014) en la introducción del Manual de Terapia Sistémica: Principios y herramientas de intervención: “Al revisar la historia y ver una multiplicidad de modelos y sus principales exponentes “Sistémicas” se ha transformado, creo, razonablemente, en señal de una suerte de meta-epistemología, un conjunto de presuposiciones o lentes que permiten la lectura no excluyente de una variedad de énfasis y dimensiones clínicas en nuestro campo”.

#### **5.1.2.2. Psicoterapia Cognitivo conductual<sup>2</sup>**

Otro de los modelos teóricos desde donde intervienen los estudiantes en práctica del Centro de Atención Psicosocial de la UDLA es desde el modelo cognitivo conductual. Desde aquí, el principal objetivo de intervención es en primera instancia que el paciente logre entender cómo piensa acerca de sí mismo, de las otras personas y del mundo que lo rodea, y cómo estos pensamientos van afectando su sentir, su actuar y su concepto de la realidad.

La intervención terapéutica desde el modelo cognitivo conductual busca modificar la forma como piensa el paciente acerca de lo que le afecta (lo “cognitivo”), pudiendo así

---

<sup>2</sup> Apartado elaborado por el supervisor clínico CAPS-Santiago Centro, Andrés Ibarra

modificar su manera de actuar (lo “conductual”) y con estos cambios lograr una mejora en su sentir (lo” fisiológico” y lo “emocional”).

Esta intervención, a diferencia de otras, intenta centrarse en el “aquí y ahora” del paciente, sin embargo, en ocasiones es posible que se establezcan diálogos en torno al pasado del paciente para evaluar de qué manera éste puede estar afectando su realidad actual.

No se habla de patologías, ni de enfermedades, sino del aprendizaje de “estructuras”, “creencias”, “ideas” o simplemente “pensamientos” poco funcionales, demasiado rígidos o excesivamente laxos, que generan un malestar en la vida de la persona; y tal como los aprendió, también es posible re-aprenderlos para que estos sean más adaptativos a la experiencia del paciente.

La terapia cognitivo conductual funciona desglosando la experiencia compleja de la persona en partes más pequeñas, analizando cómo cada una de éstas áreas puede afectar a las demás. De éste desglose se desprenden procesos como: los pensamientos (creencias o cogniciones), las emociones, sentimientos y sensaciones físicas y finalmente los comportamientos o conductas. Así, nuestros pensamientos respecto a un evento, hecho o persona pueden influir en cómo nos afectan física y emocionalmente, lo que finalmente sería determinante en nuestra conducta al respecto.

A modo de ejemplo:

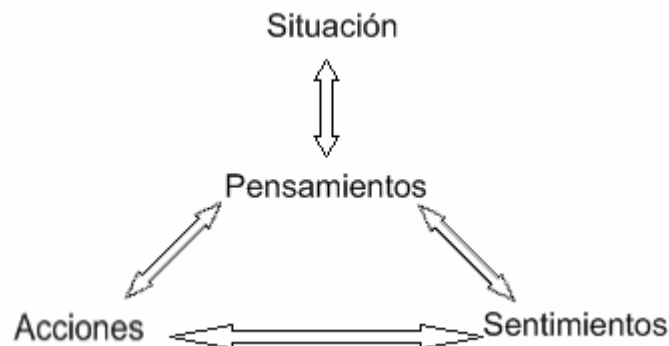
Situación	<i>“Hoy tengo una importante entrevista de trabajo, luego de meses sin actividad. Con el apuro al salir, he dejado la carpeta con mis documentos de presentación en la casa, y no alcanzó a devolverme si quiero llegar a tiempo”.</i>	
<b>Análisis</b>		
	DESADAPTATIVOS	ADAPTATIVOS
Pensamientos	<i>“Todo esto es una señal, no me irá bien, nuevamente...”</i>	<i>“Bueno, no es tan grave, ya que previamente envíe todo por correo; ellos ya tienen mis papeles...”</i>
Sentimientos	Angustia, desesperanza.	Ansiedad, esperanza.
Sensaciones físicas	Un “nudo en la garganta”, náuseas, ganas de llorar.	De activación, leve hormigueo estomacal.
Comportamientos	Me bajo del metro y decido no ir a la entrevista. Me	Llego adelantado, paso a un cibercafé donde imprimo

	pongo a llorar.	mis documentos nuevamente y me presento puntual a la entrevista.
--	-----------------	--

Un mismo evento (el olvido de la documentación), genera dos resultados muy diferentes, producto del cómo se evalúa “el problema” en cuestión; la forma de pensar terminaría afectando entonces el cómo uno se siente y finalmente el cómo uno actúa.

Si vuelvo a casa con la sensación de otro fracaso, probablemente le de vueltas a lo que ha ocurrido y me sienta peor. En cambio, el poder presentarme a la entrevista tal vez no termine con la obtención del trabajo, pero es muy probable que me genere una mejor sensación conmigo mismo a partir de haber superado el evento que originalmente me tenía ansioso. No asistir a la entrevista podría fortalecer la sensación de incapacidad frente al evento “entrevistas de trabajo”, probablemente induciendo futuros fracasos.

Esta es una manera simplificada de entender lo que sucede. Toda la secuencia, y parte de ella, puede también esquematizarse así:



De esta forma entonces, la psicoterapia será planteada como un camino para lograr ese entendimiento sobre nuestras propias cogniciones, emociones, sensaciones y comportamientos frente a determinados escenarios.

Es importante destacar que no todas las terapias que desarrollan los psicólogos intentan enmarcarse dentro de una base científica; en éste caso, la terapia cognitivo conductual tiene como centro el marco científico como forma de validación. Esto no quiere decir que sea la mejor forma de intervenir o que sea infalible; más bien refiere a que los procedimientos aplicados están investigados con rigurosos métodos experimentales. De ésta forma, si bien un proceso validado científicamente no garantiza el éxito de la intervención, si hace que éste sea mucho más probable que uno que no ha sido validado.



Esta base científica de validación de sus intervenciones son producto de la historia desde donde se desarrolla lo que finalmente termina siendo la psicoterapia cognitivo conductual. A grandes rasgos, ésta se caracteriza por 4 grandes momentos de influencia teórica:

- El primero de ellos surge a fines del siglo XIX a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Iván Pavlov, quien por accidente descubrió un proceso básico del aprendizaje, al que luego nombrarían como “condicionamiento Clásico”: proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del medio ambiente. En dicho experimento, un perro aprendía a salivar frente a la presencia del sonido de un metrónomo, luego de que éste se había presentado en reiteradas ocasiones antes de que el perro fuera alimentado. Fue así como se pudo observar que la presencia de un estímulo como el metrónomo servía para que el animal anticipara un evento como el de la administración de comida.
- Es sobre éstas observaciones y resultados que surge la inspiración para el segundo momento de influencia teórica para la terapia Cognitivo Conductual: El Conductismo. Sería en Estados Unidos, alrededor de dos décadas después, que inspirado en los trabajos de Pavlov, John Watson desarrollaría sobre las bases del condicionamiento clásico, estrategias para comprender e intervenir el desarrollo de fobias, estableciendo las bases de lo que luego sería conocido como Conductismo. El conductismo Watsoniano con el pasar del tiempo será considerado una importante base metodológica para la terapia cognitivo conductual, ya que, si bien no generó principios explicativos ni técnicas de intervención para la psicoterapia, si transfiere su énfasis en el comportamiento como asunto de la psicología y el uso del método científico como forma de abordarlo.

Años después, en la década del '30, serían las investigaciones de F. B. Skinner las que levantarían la propuesta de otro tipo de aprendizaje, al que llamaría Condicionamiento Operante (o instrumental). En este se propone que el proceso por el cual los nuevos comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen, tienen relación con las consecuencias que siguen dicho comportamiento.

De éstas dos formas de aprendizaje se generaron muchas investigaciones, lo que con el paso del tiempo sirvió para el desarrollo de lo que se consideraría como base de la terapia Conductual.

- Un tercer momento central en el desarrollo de la psicoterapia cognitivo conductual se produce con los trabajos realizados por Albert Bandura en la década de 1960, donde el énfasis estuvo puesto en el papel que la imitación tiene en el aprendizaje de las personas, a lo que terminarían llamando “teoría del aprendizaje social”. Desde ésta se establece que el aprendizaje no sólo era resultado de la experiencia directa de las personas, sino que también existiría una parte importante adquirida de la observación de otros individuos, así como también por la información recibida a través de símbolos (verbales o visuales).

Con esto se daba inicio a un quiebre fundamental con respecto a la posición conductista, al comenzar a desarrollarse los primeros modelos cognitivos de aprendizaje, en donde al contrario de lo que señalaban los conductistas más radicales, la posibilidad de estudiar factores internos de la mente (procesos privados del sujeto) se vuelve una necesidad abordable. Comienzan así a hacerse tema de investigación procesos como la motivación, los pensamientos, las imágenes internas, las creencias, los supuestos, y en resumen las cogniciones detrás del comportamiento humano.

- Un cuarto momento de importancia para la psicoterapia Cognitivo Conductual se establece con el desarrollo de dos modelos desde la intervención clínica, los cuales recogieron todo lo generado a lo largo de estos 3 períodos anteriormente expuestos. Estos son los modelos desarrollados por Aaron Beck y Albert Ellis, quienes podrían mencionarse como los dos principales referentes del trabajo clínico desde éste enfoque. Ambos trabajaron de manera independiente en el desarrollo de sus enfoques terapéuticos, la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional Emotiva de Ellis. Si bien sus formas de intervención y de ejecución del proceso terapéutico no son similares, sus cimientos teóricos y observaciones epistemológicas coinciden en un alto porcentaje. Por ejemplo, ambos entregan importancia central a la influencia del pensamiento por sobre las emociones, asumiendo ambos de igual forma que no toda la vida emocional se explica por influencia del pensamiento. Ambos además coinciden en que cada sujeto establece su propia interpretación de la realidad, a través de un pensamiento que recepciona, filtra, decodifica, interpreta y almacena eventos a partir de supuestos, creencias y patrones subyacentes (subconscientes) que cada uno ha ido forjando a lo largo de su desarrollo y crecimiento. Dichos patrones o creencias facilitan el actuar del ser humano en el día a día, al transformarse en ejecuciones automáticas frente a eventos determinados, pero en muchas ocasiones dichas automatizaciones tienden a decodificar de manera errada lo que la realidad estaría

presentando como escena, lo que finalmente terminaría en comportamientos desadaptativos o poco funcionales para la vida de la persona en cuestión. Por lo tanto, la intervención estaría entonces en la re estructuración de dichas creencias o patrones decodificadores que ese sujeto presenta.

Posterior a estos 4 momentos, otros autores (entre esos los mismos Ellis y Beck) se encargarán de desarrollar otras teorías, investigaciones y procesos terapéuticos asociados a cuadros tales como: cuadros de ansiedad, depresión, crisis de pánico, fobias en todos sus subtipos, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos por estrés post traumático, esquizofrenia y trastornos de la personalidad.

De ésta forma, la psicoterapia cognitiva conductual se ha ido construyendo, desarrollando y nutriendo no cómo una sola y única teoría o escuela psicológica; su característica y centro transversal está en la metodología científica de generar nuevo conocimiento y formas de intervención (técnicas), las cuales deben ser validadas rigurosamente, y solventadas en constructos para poder ser consideradas como herramientas eficientes en la intervención psicoterapéutica.

### **5.1.2.3. *Psicoterapia Humanista Gestáltica***<sup>3</sup>

Para la Gestalt, el organismo es considerado como una unidad en continua interrelación con el ambiente. Por tanto organismo y ambiente son dos campos que se consideran en total interrelación, condicionándose mutuamente, y toda conducta tanto normal como patológica se interpreta como la expresión, o más bien como una forma de expresión, de las diferentes maneras en que el organismo funciona y reacciona en totalidad.

La conducta patológica o "normal" depende de la capacidad que tiene el organismo para satisfacer sus necesidades sin oponerse de una forma radical y violenta a las demandas del mundo externo. El organismo se ajusta lo mejor que puede a esas demandas, y aquí se aplica la ley de la buena forma: "La percepción o adaptación es tan buena como lo permiten las situaciones estímulo".

La enfermedad no es una simple modificación de la estructura o del funcionamiento del organismo, sino que la persona enferma cuando la sensación que experimenta produce en su organismo un estado de desorden que le impide realizar adecuadamente las posibilidades y capacidades propias de su naturaleza. Cuando las situaciones estímulo son creadoras de angustia aparece un estado caótico que se expresa a través de una conducta

---

<sup>3</sup> Apartado elaborado por la docente de sede Concepción, Marisol Marco

a veces bizarra, con múltiples y variados síntomas, entre los que destaca la ansiedad, que es vivida como una sensación de peligro y destrucción inminentes.

Una de las premisas importantes es que **el todo es más que la suma de sus partes**. Esto significa que el modo como son organizadas las partes de un todo significativo le da un sentido diferente a esta teoría, donde va a ser fundamental considerar y abarcar la totalidad del individuo al momento de abordar una problemática considerando tanto su sistema individual como un todo así como el contexto y las situaciones en las que está viviendo.

Perls (1974) definió esta premisa de la siguiente manera: *"Es la organización de hechos, percepciones, conductas y fenómenos, y no los elementos individuales de los que se componen, lo que les define y les da su significado específico y particular"*.

Por otro lado, se debe considerar el concepto de homeostasis que es el proceso mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio, y por tanto su salud, en medio de condiciones que varían continuamente, ya que tampoco el medio es estático sino que está también en continuo cambio al igual que la persona. Un ejemplo sencillo de este proceso es el siguiente: el organismo necesita una cierta cantidad de agua para estar sano; si esa cantidad de agua disminuye mucho, la transpiración, la salivación y la producción de orina se verán disminuidas, siendo los tejidos los encargados de cederle el agua a la sangre. Pues bien, cuando disminuye demasiado el agua en el organismo la persona siente sed. Para ello el organismo se procurará la cantidad de agua que restituya el nivel adecuado a su necesidad.

De acuerdo a lo anterior, Perls (1974) identifica el proceso homeostático con el proceso de autorregulación, que es el proceso mediante el cual el organismo interactúa con el ambiente para equilibrarse.

La terapia gestáltica no trata de dar soluciones a los problemas de la vida, sino que más bien procura proporcionarnos herramientas para explorar nuestra vida y nuestra personalidad, así como para ampliar la capacidad de darnos cuenta de lo que vamos sintiendo y experimentando en cada momento, con el fin de clarificar los problemas y las confusiones que surgen, ayudándonos a descubrir nuestras propias respuestas a nuestras dudas y conductas, es decir, lo que cada uno quiere hacer y lo que cada uno es.

El aprendizaje, como dijo Perls (1974), consiste en descubrir que algo es posible. El mundo existe, pero en realidad no existe hasta que se lo descubre. Uno no está completo hasta

que va reconociendo y aceptando sus diversas partes, comportamientos y actitudes. Cada vez que nos negamos a contestar una pregunta, ayudamos a la otra persona a usar sus propios recursos y a descubrir sus propias respuestas. Es una invitación a encontrar su camino y sus recursos para caminar por la vida. La meta de la terapia gestáltica no está en darle las respuestas sino en ayudarlo a que él las descubra.

El encontrar sus propias respuestas les hace pasar del apoyo exterior a su propio auto apoyo. Cada vez que la persona descubre sus propias respuestas y las activa en sus relaciones, se siente más fuerte y más capaz de enfrentar su existencia y de depender un poco menos de los juicios y respuestas de los demás; aprende a depender de sus propios recursos y no de los que le pueda brindar el mundo exterior. Deja de portarse de acuerdo con lo convencional y actúa de acuerdo a sus necesidades, con coherencia y responsabilidad.

### **Conceptos centrales del modelo para la psicoterapia.**

En terapia Gestalt se considera que la persona tiene los recursos para volver al equilibrio y bienestar, partiendo de la base de la psicología humanista que confía en los seres humanos con la característica esencial de buscar el desarrollo hacia la salud y crecimiento, y no así tender a la patología.

Los conceptos principales que se utilizan son el ***Aquí y Ahora, Darse cuenta o Toma de conciencia, contacto-retirada, relación organismo-entorno y el ciclo de la experiencia:***

- El ***Aquí y ahora*** se refiere a aquello que se percibe en la experiencia consciente, las vivencias y recuerdos. Durante el trabajo terapéutico, “el aquí y ahora” es posible conocerlo al promover que la persona sienta, vivencie y explore lo que está viviendo. Una vez que lo ha experimentado y vivenciado es posible incorporar el aspecto cognoscitivo, el pensar, el razonar y comprender (Stevens, 1990; Zinker, 2000; Naranjo, 1989).
- El ***darse cuenta*** es la capacidad que tiene todo ser humano para percibir lo que está sucediendo dentro de sí mismo y en el mundo que le rodea. Es la capacidad de comprender y entender aspectos de sí mismo, y situaciones o cualquier otra circunstancia o acontecimiento que se produzca en su mundo.

El “darse cuenta” o toma de conciencia permite no solo percibir lo que se está haciendo sino también la manera que se realiza, qué es lo que se necesita y la forma en que se puede o no se puede lograr lo que se necesita. La toma de conciencia de lo que sucede, es un estado de conciencia que se presenta espontáneamente al focalizar la atención hacia el límite de contacto entre el organismo y su ambiente (Enright, 1989).

En la terapia Gestáltica se enfatiza el “darse cuenta” pues se considera que es en este aspecto donde surgen los conflictos, en la aceptación o no aceptación de lo que la persona está percibiendo de sí mismo y de la situación en la que se encuentra inmerso.

Dentro de la experiencia se pueden distinguir tres tipos de darse cuenta:

- a) Darse cuenta de sí mismo o del mundo interior: Este darse cuenta comprende todos aquellos acontecimientos, sensaciones, sentimientos y emociones que suceden en el mundo interior, en definitiva, en mi cuerpo.

Este tipo de darse cuenta está en función de la manera de sentir, y de la experiencia y la existencia aquí y ahora, y es independiente de cualquier argumento o juicio por parte de los demás.

En relación a este tipo de darse cuenta podemos citar a Schnake (2001) escribe: "Percibir a tiempo los verdaderos mensajes del cuerpo nos ahorraría innumerables consultas y chequeos médicos a los que hemos llevado a nuestro cuerpo como algo ajeno y de donde hemos salido aterrados, amenazados de siniestras posibilidades".

Las preguntas que pueden ayudar son: ¿Qué estoy sintiendo? ¿Dónde lo estoy sintiendo? ¿Cómo lo estoy sintiendo? Evitando así los por qué, que son sustituidos por los cómo, los dónde o los qué.

- b) El darse cuenta del mundo o zona exterior: El darse cuenta del mundo externo se relaciona con todo lo que percibimos a través de nuestros sentidos y que proviene del mundo exterior, es decir, es el contacto que mantengo en cada momento con los objetos y los acontecimientos del mundo que me rodea.
- c) El darse cuenta de la zona intermedia o zona de la fantasía: Esta es la zona intermedia que incluye toda la actividad mental que va más allá de lo que sucede en el presente. La zona de la fantasía abarca el pasado y el futuro, y comprende las actividades relacionadas con el pensar, adivinar, imaginar, planificar, recordar el pasado o predecir y anticipar el futuro.

- El **contacto** es una de las principales necesidades psicológicas del ser humano. Sin él, la persona se ve sometida a marcados desajustes de la personalidad y, en casos extremos, a la muerte. Se han realizado numerosos estudios para determinar el grado de deterioro de la personalidad en individuos que han crecido con carencias en el contacto.

Podríamos definir el contacto como ese punto de encuentro que se establece entre la unión y la separación: el contacto se produce cuando pasamos de una situación de separación a otra de unión, y viceversa.

A través del contacto, cada ser humano tiene la posibilidad de encontrarse en forma nutricia con el mundo exterior, realizando una incorporación o intercambio de alimentos, afectos, etc. Este intercambio se lleva a cabo a través de esta síntesis entre la unión y la separación que es el contacto.

El ritmo **contacto-retirada** es necesario para el buen funcionamiento del organismo. Durante toda la vida tratamos de mantener el equilibrio entre libertad (o separatividad) y unión (o acercamiento), en función de nuestras necesidades.

Cuando sucede lo contrario, es decir, cuando nuestro yo está en continuo contacto con el mundo, mostrando una extroversión compulsiva, se pierde esa intimidad creativa y de concentración, diluyéndose los límites del yo, haciéndose a veces difícil distinguir entre el ambiente y la persona.

El contacto sólo puede darse entre personas que están separadas, que necesitan independencia, y que a la vez necesitan contacto sin quedar enganchadas en esa relación.

- La relación **organismo-entorno** es denominada por Perls, Goodman y Hefferline (2006) como “campo organismo/entorno” (p.7), en la que todo organismo está en contacto de manera constante con el entorno, para satisfacer necesidades fisiológicas puede realizarlas internamente, sin embargo necesitan este contacto con el exterior. Las “excitaciones físicas, o precontacto, inician la excitación psicológica del proceso figura/fondo” (pp.223-226).
- El **Ciclo de la Experiencia**, a través del cual la persona puede entender la forma en que satisface las necesidades que van surgiendo en su desarrollo y de qué manera la satisfacción de esas necesidades puede enfrentar interrupciones o bloqueos que afectan o impiden su desarrollo armónico.

Este ciclo funciona como un proceso que tiene 4 fases principalmente, éstas son:

- a) Precontacto: Se manifiesta una necesidad como sensación, paulatinamente va generando una figura.
- b) Toma de contacto: Hay una movilización o activación de la energía para dirigirse a lo que va a satisfacer esa necesidad, lo que implica la aceptación o rechazo de las posibilidades.
- c) Contacto final: Se toma contacto o se deja de lado aquello (figura) que va a satisfacer la necesidad. Se integra percepción, movimiento y sentimiento, la necesidad es satisfecha.

- d) Postcontacto: Se cierra la Gestalt y hay un alejamiento del objeto de satisfacción. Cuando la necesidad ha sido satisfecha, se produce el crecimiento, a través de diversos mecanismos, entre otros, asimilación, acomodación, identificación.

Zinker (2000) señala que el ciclo inicia con la sensación que percibe la persona, lo cual se convierten en conciencia o el “darse cuenta” de esa necesidad, permitiendo que la persona perciba qué necesita y qué tiene que hacer para sentirse mejor, es la etapa de excitación o movilización de la energía que a su vez orienta hacia la acción. Luego se establece el contacto que permite la satisfacción de la necesidad inicial, y posteriormente, viene la etapa de retirada o relajamiento, el organismo se recupera, la necesidad ha sido satisfecha, cuando este ciclo se produce en condiciones saludables se realiza sin interrupciones, de manera paulatina. En este proceso del ciclo de conciencia-excitación-contacto se estructura la figura y se establece el fondo, el cual queda constituido por el contexto que rodea a lo que se constituyó como figura que puede provenir de estímulos internos o externos o una mezcla de ambos. A una persona saludable le es posible distinguir claramente la figura del fondo, cuando la persona está inestable o perturbada se le dificulta decidir lo que es importante para ella, de lo que puede ser secundario. Una vez satisfecha esa necesidad, que se ha constituido como figura, continúa la etapa de reposo, posteriormente surge una nueva necesidad que se constituye en figura y el ciclo nuevamente se repite de manera incesante (Zinker, 2000; Salama y Villareal, 1989).

Lo anterior se puede graficar en la siguiente figura:





En el trabajo terapéutico gestáltico no se va hacia el pasado en busca de situaciones que han impactado o traumas que pueda haber vivido la persona, se consideran los elementos pasados o futuros que pueden ser significativos desde la perspectiva del presente, la persona observa desde la experiencia presente como esas experiencias pasadas incompletas que le afectaron van surgiendo y las vuelve a experimentar, se promueve que las viva nuevamente para que las asimile y cierre esa Gestalt con los recursos que tiene en ese momento (Stevens, 1990; Vásquez, 2000; Zinker, 2000). La pregunta que surge para vivir “el aquí y el ahora” es el “cómo” (se percibe, se experimenta, se vivencia). El “cómo” adquiere importancia, dejando de lado buscar la respuesta al “por qué” a diferencia del psicoanálisis.

El concepto que se tiene del ser humano es visto como un sistema en su totalidad y a la vez es un sistema que forma parte de un sistema mayor.

El concepto Gestalt fue definido por Köhler “como una unidad o un todo que sobresale en su ambiente o marco de referencia” (Simon, Stierlin, Wynne, 1993, p. 180). La Gestalt es una percepción organizada y concreta de lo que el sujeto está percibiendo y donde se involucran la experiencia, motivación, necesidad de la persona, la interacción con los otros y el contexto en el cual se encuentra inmerso (Codina, 2005; Salama y Villareal, 1989). Esto quiere decir que cuando se establece una Gestalt se percibe una totalidad, no una serie de elementos fragmentados, o componentes aislados, sino que se observan formas estructuradas que encierran una totalidad en sí misma y que no permite, salvo que se haga un esfuerzo intencional, identificar las partes que lo componen.

### **Bloqueos del ciclo de la experiencia**

Los bloqueos son denominados de diferente manera, “resistencia” (Kepner, 1987), “interacción resistente” (Polster y Polster, 1985) o interrupciones, (Zinker, 2000). Las interrupciones que se operan dentro de ese ciclo pueden ser relacionadas con la psicopatología, considerando la terminología psiquiátrica.

El bloqueo que impide el fluir de la energía es inconsciente. Las auto-interrupciones son conscientes (en ocasiones, pueden ser inconsciente, ya que la atención se desplaza a una situación aparentemente más importante que la emocional).

Los bloqueos que se pueden presentar son los siguientes:

- **Postergación** se presenta cuando existen trastornos del ritmo, por los cuales la persona no es capaz de pasar a una nueva experiencia (Zinker, 2000). En ocasiones se dejan acciones para después, pudiendo ser un acto voluntario (auto-interrupción) y no un impulso (bloqueo). Una auto-interrupción voluntaria sería dejar momentáneamente de resolver una situación y regresar una vez que se tenga mayor claridad.

- **Desensibilización** cuando hay una interrupción entre la sensación y conciencia la persona puede experimentar algunas sensaciones, sin comprender lo que significan, porque las emociones se encuentran bloqueadas, provocándole miedo (Zinker, 2000). Es posible lograr el contacto con el sí mismo a través de la respiración (Kepner, 1987).
- **Proyección** es la tendencia a hacer responsable al ambiente o a los demás de lo que se origina en el sí mismo. El proyector le confiere una existencia objetiva fuera de él, de modo que puede culpar a los demás o a la situación por sus problemas, sin encarar el hecho de que son parte de él mismo (Yontef, 2009; Fagan y Shepherd, 1989). “La proyección es el mecanismo por medio del cual el individuo evita apropiarse de su propia realidad” (Castanedo, 2001, p. 95).
- **Introyección** son los modos de actuar, de sentir, y evaluar sin digerirlos, se les denomina introyectos y son cuerpos extraños agregados a la personalidad. Impiden el libre flujo de los impulsos y la satisfacción de las necesidades.
- **Retroflexión** es hacerse a uno mismo lo que se quiere hacer a otro, o hacer a sí mismo lo que quiere que el otro le haga, lo cual lleva al aislamiento. Al retroflectar la persona reprime o inhibe o niega la tensión existente en su organismo (Yontef, 2009; Fagan, y Shepherd, 1989; Polster y Polster, 1985). El retroreflector no solo se hace miserable a sí mismo sino que también hace sufrir a los que están junto a él por su conducta autodestructiva (Perls, 2008).
- **Deflexión** se emplea como una forma de evitar el enfrentarse o contactar de manera directa con otra persona y puede ser utilizada al iniciar o al responder al contacto, es la interrupción entre acción y contacto. La persona está dispersa y distraída, tiene disfunciones en su realidad interna, puede sentir una sensación de vacío y superficialidad, se encuentra fuera de contacto con su medio (Zinker, 2000, Polster y Polster, 1985).
- **Confluencia** “La confluencia es la condición de no contacto (no hay frontera del Self) aunque se sigan produciendo otras interacciones importantes” (Perls, Hefferline y Goddman, 2006, p. 286). Cuando la persona está en un estado patológico de confluencia no establece límites entre ella y los demás, le es imposible conectarse consigo misma. Se considera una respuesta poco elaborada, como una respuesta infantil (Castanedo, 2001; Perls, 2008; Perls, Hefferline y Goddman, 2006).

### Técnicas terapéuticas

- **Técnica del diálogo, de la silla vacía o de la silla caliente**

Consiste en hacer dialogar a las distintas partes que se oponen en el individuo, y en poner en contacto aquéllas otras que negamos o rechazamos. Con esta técnica se pueden

trabajar aspectos no resueltos para hacer un cierre o integrar la polaridad en la persona. Un ejemplo de esto es: "el pasivo y el activo", "el bondadoso y el malvado", "el opresor y el oprimido", "el triste y el alegre", entre otras. También puede desarrollarse el diálogo entre el paciente y alguna persona significativa para él. Por medio de este juego, el paciente va adquiriendo la habilidad, no sólo de reincorporar partes suyas proyectadas en los otros, sino también la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Esto le da una nueva perspectiva y percepción del otro, con una visión nueva que puede ser enriquecedora para él y para la relación entre ambos, pudiéndose dar una forma de diálogo nueva y más creativa.

- **Hacer la ronda**

Cuando el paciente ha expresado un sentimiento que el terapeuta cree que es significativo e importante para el propio paciente, hace que lo repita frente a cada uno de los componentes del grupo. Con esta fórmula, el sujeto experimenta la expresión de ese sentimiento de forma más variada, y la confronta con los miembros del grupo en el que emergió ese sentimiento. Así, si afirmó que estaba harto del grupo, el terapeuta le dirá que haga la ronda y diga esa frase ante cada uno de los presentes, y que añada algún sentimiento que se le vaya ocurriendo ante cada uno, así como que trate de darse cuenta de lo que va sintiendo a medida que va expresando dicho sentimiento. Es decir, si lo siente como auténtico o no, y si lo siente como auténtico solamente frente a alguno de los componentes pero no delante de los demás, y si se da cuenta de esta diferencia.

- **Asuntos pendientes**

Los asuntos pendientes son todos aquellos sentimientos y emociones no resueltos (resentimientos, por ejemplo), que no han podido ser expresados porque la persona no se ha atrevido o no ha tenido oportunidad de expresarlos en el momento en que surgieron o tomó conciencia de ellos. Este trabajo se puede hacer a través de un encuentro con dicha persona (para lo que utilizamos la técnica de la silla caliente); en cualquier caso debe expresarle abiertamente aquellos sentimientos que no se atrevió a expresar en otro tiempo. Una vez que la persona siente que ya no tiene más cosas que expresarle, le preguntamos si se siente preparado para despedirse, cuando aún no puede es porque a veces quedan aún asuntos pendientes y resentimientos no expresados, cuando se resuelve un asunto pendiente se desbloquea una energía quedando así más disponible y aparece una sensación de vitalidad.

- **El juego de las proyecciones**

Ocurre muchas veces que, percepciones que consideramos realmente como tales, no son más que proyecciones. Así, un paciente le dice al terapeuta: "No puedo confiar en usted,

usted no me da confianza". Entonces se le pide que represente a una persona poco digna de confianza. Esto sirve para descubrir su conflicto interno en este ámbito. A otra persona que dice: "Usted hace esto sólo por dinero. No está verdaderamente interesado por mí", se le dirá que haga y actúe como una persona de estas características: interesada, egoísta y no interesada por el otro. Tras esto, se le puede preguntar si él no tiene también esos rasgos, y si ha podido ver algo suyo reflejado en esa persona imitada.

- **Antítesis o juego de roles**

Una de las mayores dificultades con que tropieza el terapeuta para ayudar a su paciente a ver y tomar conciencia de lo que le ocurre es que, a menudo, la conducta manifiesta suele ser una antítesis de los impulsos subyacentes o latentes. Esto suele tratarse en la terapia gestáltica a través del juego de la antítesis. Para ello se le dice al paciente, que dice tener timidez o inhibiciones, que juegue el papel de exhibicionista. Si se trata de una persona que no hace valer sus derechos y que es delicada en exceso con la gente, se le pedirá que haga el papel de una persona egoísta y malvada. Con este juego tratamos de desarrollar la polaridad inhibida, y así liberar la energía contenida en ella, ampliando y mejorando sus recursos.

Al meterse en estos papeles tan llenos de angustia para él, toma contacto con una parte de sí mismo que había permanecido reprimida y oculta durante mucho tiempo, pero que suele ser portadora de una potente energía que hasta ese momento estaba bloqueada.

- **El ritmo contacto-retirada**

El gran interés que tiene la terapia gestáltica por los procesos vitales, le lleva a hacer hincapié en la índole polar de la conducta. La conducta es un proceso dinámico que va cambiando de acuerdo a las necesidades, no podemos estar en permanente actividad o en permanente pasividad. Toda persona, en determinado momento, tendrá necesidad de apartarse del contacto, esto en gestalt no se considera como resistencia, sino como una necesidad del organismo de contacto-retirada. En consecuencia, cuando el paciente desea apartarse, se le dice que cierre los ojos y se vaya, en fantasía, a cualquier lugar o situación en la que se sienta seguro. Tras describir el lugar o la situación, se le pide que abra los ojos y vuelva al grupo. Y se continúa la tarea en que se encontraba.

Este mecanismo suele servir a menudo para recuperar la energía que se va apagando con el tiempo o el aburrimiento. Aunque sabemos que el aburrimiento lleva implícita cierta dosis de agresividad no expresada, al igual que la crítica es una forma de retirarse de la experiencia y evitar el compromiso del contacto y la implicación que conlleva a nivel emocional y afectivo.

Estas dos formas de retirada indican una carencia de recursos para vivir y experimentar las vivencias que esas situaciones provocarían en el paciente. Se podría poner de manifiesto

una debilidad que el sujeto no quiere asumir o mostrar. Si quiere mostrarse fuerte, poderoso y por encima de los demás, la crítica es el mecanismo más potente para conseguirlo, ya que lo aleja de los demás y no tiene que arriesgarse a que vean sus carencias y deficiencias.

La crítica puede ser un buen mecanismo para las personas confluyentes, pero siempre y cuando no tenga la finalidad de evitar que conectemos con nuestros sentimientos y necesidades, sino más bien todo lo contrario, de vivirlos y diferenciarlos de las personas con las que se entra en confluencia.

Cuando el paciente siente demasiada angustia por lo que le está sucediendo, se le dice que trate de permanecer con esa sensación y trate de ir viendo y dándose cuenta de lo que le va ocurriendo en el campo físico, así como que tome conciencia de las imágenes que le acompañan.

- **Exageración**

Este juego también está vinculado al principio del continuo de conciencia. En numerosas ocasiones, los movimientos o ademanes involuntarios parecen tener un significado, pero tales movimientos pueden ser incompletos y no alcanzar un desarrollo total, con lo cual entran dentro del campo de la inconsciencia. Entonces se le pedirá al individuo que realice ese movimiento y que lo exagere, si es preciso, tratando de que se ponga de manifiesto el significado interno que dicho ademán puede tener.

Esto se utiliza también para la conducta puramente verbal, en lo que suele llamarse 'juego de la repetición'. Así, si un paciente dice algo que consideramos importante, y él lo pasa rápida y desapercibidamente, se le pedirá que repita varias veces dicha frase, y si vemos que es necesario, le pediremos que la diga cada vez más fuerte, aumentando el tono de voz cada vez que la repite. Pronto empezará a escucharse a sí mismo en lugar de emitir palabras simplemente.

Sucede a veces que, cuando le decimos que exagere un ademán o movimiento, se van asociando a él determinadas frases o emociones, haciéndose consciente algo que no pudo ser totalmente inhibido por la censura.

- **¿Me permites que te dé una oración o señalizaciones?**

Cuando el terapeuta llega a la conclusión de que existe una cierta actitud y mensaje implícitos en lo que acaba de expresar el paciente, le podría decir: "¿Me permites que te dé una oración? Repítela a ver si te queda bien a ti y dísela a varios de los aquí presentes". Una vez aceptada la propuesta, el paciente prueba a ver cuál es su reacción frente a ella mientras la va repitiendo a sus compañeros de grupo, y si le calza o no, es decir, si tiene sentido o no para él.

Como regla general, el terapeuta no ofrece meras interpretaciones, sino más bien observaciones que ha hecho de la conducta y de los movimientos del paciente. Tal vez lo vio rígido, frío, ausente, impotente, indiferente, etc. Con este juego trata de ver si sus observaciones son certeras y le sirven al paciente para ampliar el conocimiento de sí mismo y de aquellos aspectos que tan a menudo pasan desapercibidos. Incrementar el darse cuenta aumenta también los recursos del paciente, ya que verse actuar o inhibirse en su conducta, le llevará a utilizar otras formas alternativas más creativas, así como a aumentar sus recursos y potencialidades.

#### **5.1.2.4. Psicoterapia Psicodinámica<sup>4</sup>**

Freud (1856-1939), que tenía una sólida formación como neurólogo, comenzó su práctica abordando numerosos casos de histeria. En un principio practicaba el *método catártico de la hipnosis* para hacer desaparecer los síntomas. Observó, sin embargo, que ellos volvían a aparecer, pues según su concepción, no modificaba la estructura inconsciente subyacente. Progresivamente fue descubriendo los procesos defensivos del Yo que rechazaban los recuerdos y emociones insoportables y la importancia de la relación terapéutica para vencer y trabajar contra tales resistencias inconscientes, lo que le llevó a abandonar el método catártico y a desarrollar la *asociación libre* (talking cure).

Básicamente la asociación libre consistía en sugerir al paciente recostado en un diván (parte derivada del método hipnótico) que a partir de un tema de su biografía debía hablar sin ninguna inhibición.

Posteriormente abandono la proposición de un tema específico y la asociación libre se realizaba sobre el material que el paciente traía a consulta, indicando el terapeuta solo la regla de la asociación libre. Este método constituyo la base del psicoanálisis.

En psicoterapia el término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor relevancia histórica es el psicoanalítico freudiano, aunque abarca también a otras perspectivas de base psicodinámica:

1. Perspectiva que adopta un **énfasis en el Yo** y en las **relaciones objétales** (Sullivan, Hartan, Rapador, Ana Freud, etc.)
2. Perspectiva que destaca el papel de las **experiencias tempranas** en el funcionamiento de la personalidad (M. Klein, M. Mahler y J. Bowlby)
3. Perspectiva que intenta aplicar el **psicoanálisis a otros trastornos** como psicosis y los trastornos de personalidad (Fromm, Recaman, Sullivan, Chut y Cerner).

---

<sup>4</sup> Apartado elaborado por el académico de planta campus La Florida, Johann Ellwanger

4. Perspectiva que destaca (neopsicoanálisis) el papel de los **aspectos psicosociales** en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, Fromm, Erikson, etc.)
5. Perspectiva centrada en la psicoterapia, aplica formas **breves de psicoterapia** psicoanalítica basadas en la investigación (Mann, Sifones, Mallan, Davalo y Stripper).
6. Perspectiva que retoma el psicoanálisis en un intento de volver a sus orígenes (J. Lacan) y su tesis del inconsciente estructurado como un **lenguaje**.

### **Principales modelos terapéuticos**

- PSICOANALISIS
- PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
  - Sin límite de tiempo
  - Con límite de tiempo
- PSICOTERAPIA BREVE O FOCAL
- PSICOTERAPIA DE APOYO
- PSICOTERAPIA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

### **Objetivos que aborda el modelo**

La psicoterapia psicoanalítica busca modificar el comportamiento y, lo que es más importante, la estructura de personalidad del paciente mediante la utilización de la relación analista-analizando, a través del lenguaje verbal, y en un contexto específico en el cual se ubica esta relación. La psicoterapia psicoanalítica tiene como finalidad:

- Hacer consciente lo inconsciente
- Ampliar el territorio del Yo o más autonomía del Yo
- Conseguir la distinción entre Yo y objeto, es decir, salir de una relación simbiótica.
- La elaboración realista de las conflictivas, que permita mayor equilibrio dinámico.
- Fomentar el *insight* o autodescubrimiento.
- Reducir la tensión emocional (psíquica).
- Conectar el síntoma con el conflicto que lo origina.
- Alivio o desaparición de síntomas.
- Modificaciones en el manejo de las defensas, reemplazando lo regresivo por lo adaptativo.
- Mayor ajuste en las relaciones con el medio (comunicación, trabajo, etc.).
- Incremento en la autoestima y el confort personal.
- Incremento en su autoconciencia, mayor comprensión de sus dificultades y el significado de las mismas (un primer grado de insight).

- Ampliación de perspectivas personales, bosquejo inicial de algún tipo de “proyecto” individual.

Las modificaciones puestas en marcha durante el tratamiento no se detienen con el “alta”, sino que el paciente continúa aplicando lo aprendido en el tratamiento en nuevas experiencias (cambio de actitudes ante sus problemas).

### **Conceptos centrales**

La psicoterapia de orientación dinámica como modalidad terapéutica se centra en el abordaje de los conflictos incorporando para el terapeuta **3 reglas** o principios fundamentales:

- **Regla de la Asociación Libre:** entendida como el “proceso que investiga el curso espontáneo de pensamientos del paciente”. La asociación libre, es en esencia una invitación del terapeuta al paciente para que se deje llevar libremente por todas aquellas ocurrencias espontáneas que acuden a su mente y se comprometa a verbalizarlas, sin omitir nada por muy desagradables que parezcan, y así facilitar que emerjan determinados contenidos psíquicos reprimidos por las exigencias de la vigilia. De esta manera, el análisis se centra en los quiebres del relato, cambios de tema, silencios, lapsus, etc., al igual que el estudio de las producciones oníricas.
- **Regla de Abstinencia (y neutralidad):** El terapeuta se abstiene de “*hacerse presente como persona real*” para el paciente. El terapeuta hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente. De esta manera, utiliza la palabra como medio de comunicación y no la acción, evitando todo tipo de expresiones por medio de la acción (consolar, alentar, etc.).
- **Regla de la Atención Flotante:** Se refiere a la actitud del analista de escuchar todo el material, sin censurar, priorizar o proponer temáticas discursivas al paciente. De esta manera, no se presta especial atención al hilo lógico del discurso o se da preferencia a unos temas por sobre otros, sino que se escucha los efectos del inconsciente sobre el lenguaje, tomando toda la producción como digna de interés.



Otros conceptos claves en las psicoterapias de orientación psicodinámica:

- **Transferencia:** Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes (pensamientos, sentimientos, afectos, conductas, etc.), se actualizan sobre el terapeuta, es decir, se ponen en juego en la relación que establece con el terapeuta dentro de dentro de la psicoterapia-
  - Transferencia positiva o erótica: Todo aquello que está relacionado con mejorar la relación con el psicólogo. Disposición positiva para “mejorar” implica entonces la presencia de sentimientos amistosos y afectuosos hacia el terapeuta que facilita el proceso terapéutico.
  - Transferencia negativa o erotizada: Actividades o acciones, que están en contra del vínculo con el psicólogo. Implican expresiones de sentimientos hostiles y de enojo, interpretadas como resistencias o bien defensas frente a cualquier cambio terapéutico. Acciones que detiene o estanca las asociaciones hacia el proceso de cambio.
- **Contratransferencia:** El conjunto de sentimientos, reacciones, pensamientos, actitudes, fantasías sean o no conscientes...que experimenta el psicoterapeuta por efecto de su relación con sus pacientes. Si bien es producida por la transferencia del paciente, también se vincula con la propia experiencia de imágenes inconscientes del psicólogo. La obligación ética del analista es no reaccionar a las emociones del paciente sino interpretarlas. De esta manera, el papel del terapeuta es sentir, analizar, interpretar y utilizar esa contratransferencia para conocer al sujeto, y así entender que es lo que el sujeto provoca en otras personas.
- **Alianza de trabajo:** La alianza de trabajo es la relación de trabajo conjunto que se establece entre el paciente y el terapeuta. De esta manera, se relaciona con aspectos conscientes que se generan en pro de la cura o alivio del paciente. Incluye por una parte la motivación del paciente para sobreponerse a su sufrimiento, su sensación de desvío, su disposición consciente y racional a cooperar y su capacidad de seguir las instrucciones y por otra, los insights del analista.
- **Encuadre:** El encuadre o “*setting*” se refiere al conjunto de normas y habitualidades que configuran la relación terapeuta-paciente, en el contexto de la terapia: además, y esencialmente, se relaciona con la actitud psicoanalítica, consistentemente receptiva, favorecedora de la comprensión, desprovisto en lo posible de juicios peyorativos de valor. La situación psicoanalítica con todos sus requisitos y reglas no es un procedimiento inventado al azar, sino que es un

contexto concebido con el propósito de curar. De esta manera, el encuadre se define también como el continente en el que se desarrolla el proceso psicoanalítico. El encuadre es el factor más estable y consistente de lo variable y dinámico que es el proceso terapéutico, ya que contrapone el orden frente al caos interior del paciente.

- **Foco terapéutico:** constituye aquello que el terapeuta va a tener en cuenta a la hora de ayudar al paciente y, por ende, va a ser constituido en base al conflicto que, a lo largo de los años, el paciente habrá ido repitiendo debido a sus sistemas de ansiedades y defensas.
- **Resistencias:** Resistencia significa oposición. Todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los procedimientos y procesos de análisis, es decir, que estorban a la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar, lograr y asimilar el insight, que operan contra el Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar. La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente, y puede expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos, fantasías o acciones.

### **Alcances y limitaciones de la psicoterapia**

En terapia analítica, lo que nosotros tratamos no es el problema sino al paciente, como persona total. No consideramos las fobias, el ritual obsesivo, la vena paranoica, la incapacidad para establecer relaciones íntimas, como aspectos aislados del paciente; lo que hacemos es encarar una amplia variedad y gama de aspectos de nuestro paciente. No obstante, la psicoterapia psicoanalítica no constituye un método aconsejable para absolutamente todos los pacientes que solicitan ayuda.

### Alcances y efectividad de la psicoterapia de orientación dinámica:

- Cuadros asociados a las “neurosis” (histerias, fobias, obsesiones, depresiones, cuadros psicósomáticos, etc.)
- Cuadros agudos, particularmente situaciones de crisis o descompensaciones.
- Situaciones de transición de etapas evolutivas (adolescencia, matrimonio, graduación, climaterio, jubilación).
- Trastornos reactivos en pacientes que conservaban previamente un nivel de adaptación aceptable.
- Trastornos de intensidad leve o moderada que no justificarían tratamientos de años (problemática neurótica incipiente o psicósomáticos de reciente comienzo).

De esta manera, requiere de pacientes que sean capaces de analizarse:

- a) de regresar y progresar,
- b) de ser pasivo y activo,
- c) de renunciar al control y de mantenerlo y
- d) de renunciar a la prueba de realidad y de conservarla.

Limitaciones y efectividad relativa de la psicoterapia de orientación dinámica:

- Trastornos psiquiátricos crónicos, fuera de fases agudas
- Cuadros paranoides
- Cuadros obsesivo-compulsivos
- Cuadros psicósomáticos crónicos
- Perversiones sexuales
- Adicciones
- Trastornos de personalidad graves (socio o psicopátías).

En estos casos, sólo el intento de una terapia intensiva a largo plazo con farmacoterapia puede producir algunos cambios relativamente estables, logrando un funcionamiento más adaptativo al entorno.

Al respecto, los principales Enfoques actuales en Psicoterapia Psicodinámica Breve (o focal) proceden de 3 autores:

- **SIFNEOS, MALAN, DAVANLOO**

**Técnicas terapéuticas**

Dentro del marco de las psicoterapias psicoanalíticas podemos distinguir principalmente, tres tipos de intervenciones verbales del terapeuta:

- **Interpretación:**

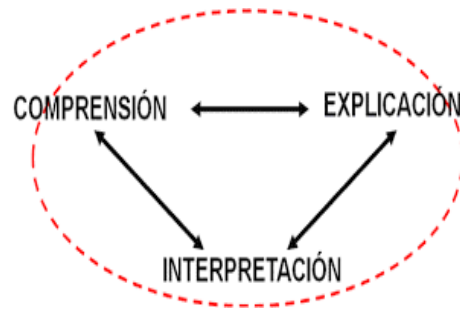
El concepto interpretación proviene del prefijo latino *inter* (entre) y del vocablo *prath* (divulgar). Por tanto, interpretar implica que alguien pone de manifiesto el contenido subyacente de un texto o discurso.

Lo que caracteriza a la Interpretación, es la certeza de que existen dos tipos de textos o discursos:

- a) Un discurso real que da el sujeto (manifiesto).
- b) Un discurso inconsciente (latente)

Consiste entonces en comunicar al paciente las posibles relaciones entre sus conductas, emociones, pensamientos y acontecimientos con el fin de proporcionar una explicación o

conexión a sus problemas y comportamientos. De este modo, se persigue que el paciente tenga una nueva perspectiva sobre sus problemas que le sirva de ayuda para cambiar.



De esta manera, lo que el terapeuta hace es proporcionar una conexión entre lo consciente e inconsciente, es decir, **“dar un sentido”** a lo que el paciente le está mostrando, un sentido que va más allá de lo que el propio paciente puede percibir.

#### **Tipos de Interpretaciones:**

- Interpretaciones de defensa
- Interpretaciones de resistencias
- Interpretaciones del síntoma
- Interpretaciones de contenido cognitivo
- Interpretaciones de contenido afectivo
- Interpretaciones de contenido vincular (extra transferenciales)
- Interpretaciones de contenido conductual
- Interpretaciones transferenciales
- Interpretaciones contratransferenciales

- **Confrontación:**

La confrontación consiste en que el terapeuta logre evidenciar mensajes contradictorios del paciente, pidiéndole clarificarlos. El terapeuta describe específicamente (y no en términos vagos) al paciente una posible discrepancia entre:

1. Dos de sus mensajes verbales
2. Su comunicación verbal y no verbal
3. Lo que dice y lo que hace o
4. Lo que dice el paciente y lo que afirman otras personas.

Como parte de la finalidad de la confrontación son aclarar posibles discrepancias que se consideren importantes y ayudar al paciente a ser más consciente de las mismas, explorarlas y resolverlas.

En la confrontación el terapeuta trata entonces de hacer percibir a su paciente determinados aspectos de su conducta o de sus palabras sobre las que el paciente no se ha percatado claramente.

La confrontación se dirige a aspectos conscientes o muy próximos a la consciencia del paciente. No se trata de que el terapeuta le descubra nada nuevo al paciente, sino que le estimule a reflexionar sobre sí mismo.

Resulta especialmente útil cuando:

- Se detectan lagunas, omisiones o contradicciones importantes en el relato del paciente.
- El paciente pasa por alto aspectos importantes de su discurso.
- Se producen alteraciones graves de las reglas básicas del tratamiento (horarios, ausencias, honorarios...)
- La conducta del paciente es francamente desadaptativa y perjudicial para él mismo.
- El paciente deja de utilizar recursos para encarar las situaciones.
- Se da una conducta francamente deshonesto o tramposa en el paciente.

Al mostrar las incongruencias, es posible que se generen resistencias, por tanto, es mejor utilizarla una vez que se ha establecido una relación positiva con el paciente. De esta manera, se pueden mencionar las siguientes reacciones a la confrontación:

- a) **Aceptación auténtica.**
- b) **Aceptación aparente:** el paciente reconoce verbalmente la discrepancia, pero no profundiza en ella.
- c) **Confusión o desconcierto:** el paciente no parece entender lo que plantea el terapeuta, ya sea porque este ha sido poco específico o porque el cliente busca una vía de escape.
- d) **Negación:** el cliente no reconoce la discrepancia o no está de acuerdo con ella. Esto puede deberse, por ejemplo, a que no está preparado para aceptarla o a que el terapeuta la ha planteado de modo culpabilizador o se ha equivocado.

**Manifestaciones de la negación** (Egan, 1990):

- **Desacreditar al terapeuta:**  
*“¿cómo lo sabes tú que nunca has pasado por esto?”*
- **Persuadir al terapeuta de que su punto de vista es erróneo**  
*“yo no quería decir eso”*
- **Quitar importancia al tema**  
*“no vale la pena detenerse en esto”.*
- **Buscar apoyo en otras fuentes**  
*“he comentado con mis amigos lo que me dijiste y no están de acuerdo”.*

- **Aceptar el reto, pero no actuar en esa dirección**  
*“tienes razón, debería hablar de esto, pero no puedo hacerlo”*

- **Clarificación:**

La clarificación pretende, como su nombre indica, definir mejor la comunicación del paciente. Para ello el terapeuta puede pedir al paciente que aclare el significado de un mensaje vago, ambiguo o implícito.

Al utilizar la clarificación, el terapeuta puede resumir una información, transmitiéndole al paciente lo esencial de lo que está comunicando. De esta manera, expresado en otras palabras, se le dice al paciente lo mismo que él está diciendo, pero de un modo más claro y conciso, vinculando su discurso con los sentimientos o motivaciones que lo animan.

De esta manera, la clarificación, no introduce ninguna idea nueva (a diferencia de la interpretación), ni ningún sentimiento que el paciente no haya expresado de un modo u otro, operando a un nivel consciente o muy próximo a la consciencia.

En la intervención, el terapeuta solo ha destacado el *leit motiv* principal de su comunicación. Cosas que el paciente no ignora en absoluto, pero que, formulado de un modo más claro, permiten proseguir la exploración del psiquismo del paciente. Esto suele hacerse mediante:

**A) Preguntas directas:**

- Preguntas abiertas:
  - *¿qué quiere decir cuándo...?*
  - *¿puede aclarar a qué se refiere cuando dice...?*
  - *¿a qué se refiere con...?*
  - *¿en qué otras situaciones aparece este miedo?*
  - *¿qué cosas hacen que este miedo se agrave?*
  - *¿cómo se las arregla usted para manejar este miedo?*
  - *¿a qué cree usted que se debe que se sienta de este modo?*
- Preguntas cerradas:
  - *en una escala de 0 a 10, ¿dónde situaría su nivel de depresión?*
  - *este ánimo deprimido, ¿es más fuerte por la mañana o por la tarde?*
  - *¿cree que puede sufrir un infarto?*
  - *¿cuántas copas bebe al día?*

**B) Pidiendo que explique lo mismo con otras palabras:**

- *¿podría darme más detalles acerca de.....?*
- *¿podría darme un ejemplo de....?*

### C) Utilizando preguntas de comprobación:

- *¿quiere decir que...?*
- *¿está diciendo que...?*

### Sugerencias para formular preguntas:

1. En general, toda pregunta debe **facilitar alternativas de respuesta** y no sugerir o inducir respuesta.  
¿Te llevan mal con tus padres verdad? mejor ¿cómo te llevas con tus padres?  
¿Te fue bien ese con ese tratamiento? mejor ¿cuéntame cómo te fue con ese tratamiento?
2. Tener **claro el propósito** que se persigue. La pregunta debe ser terapéuticamente útil y no debe ser utilizada para satisfacer la sola curiosidad del terapeuta.
3. Incluir preguntas cuyo propósito sea el de **propiciar el proceso reflexivo** en el paciente y que permitan responder a posibles hipótesis del terapeuta.
4. Moderar el empleo de las preguntas en qué haya un **“por qué”**, ya que pueden tener una connotación acusatoria, poner al cliente a la defensiva y facilitar la racionalización o un “no sé” como respuesta. En vez de “por qué”, pueden emplearse las siguientes expresiones:  
*“¿qué le lleva a...?”*,  
*“¿qué le hace pensar en...?”*,  
*“¿a qué cree usted que es se deba...?”*,  
*“¿qué cree usted que pasaría si...?”*.
5. Emplear un **lenguaje que sea comprensible** para el paciente, evitando realizar preguntas complejas o rebuscadas.
6. Formular **una sola pregunta cada vez** en lugar de una serie de preguntas.
7. Dejar que el **paciente responda**, dando tiempo para la reflexión, respetando el *“timing”* del paciente.

### Intervenciones terapéuticas verbales transversales del modelo:

- **Parfraseo**

La paráfrasis es una técnica terapéutica que consiste en recapitular con otras palabras y de manera organizada rescatando lo esencial (contenido principal) del mensaje del paciente. No es conveniente emplear las mismas palabras de este ni repetirlo todo, sino expresar de un modo claro con las propias palabras las ideas clave del paciente cuando se considere oportuno hacerlo.

**Propósitos:**

- a) Comunicar al paciente que se ha comprendido su mensaje y permitirle expresar su posible desacuerdo sobre lo que se le dice
- b) Reforzar ideas expresadas por el paciente
- c) Animar al paciente a profundizar en ciertas ideas o pensamientos o a centrarse en determinada situación, suceso o conducta
- d) Clarificar la esencia de un problema y ayudar así a tomar decisiones.
- e) Enfatizar el contenido cuando se considera prematuro o contraproducente centrarse en los sentimientos.

- **Reflejo**

El reflejo implica la expresión por parte del terapeuta de los sentimientos del paciente, tanto los explícitos como de los implícitos.

Estos últimos son inferidos a partir de expresiones previas del paciente, comportamiento no verbal y/o conocimiento que se tiene del paciente o de la situación referida (importancia de observar).

A través del reflejo, el terapeuta expresa, cuando lo considera oportuno, los aspectos afectivos del mensaje del paciente junto con el contexto o situación a que se refieren los sentimientos.

El reflejo de los sentimientos implícitos no debe ser empleado hasta que el paciente acepte el reflejo de los sentimientos explícitos, ya que, si no, es probable que se produzcan respuestas de negación o ruptura.

**Propósitos:**

- a) Ayudar al paciente a sentirse comprendido y permitirle expresar su posible desacuerdo sobre lo que se le dice (empatía).
- b) Animar al paciente a centrarse en los sentimientos y de este modo, pueda percatarse de su presencia, intensidad o importancia.
- c) Animar al paciente a expresar más sentimientos sobre personas, sucesos o situaciones.
- d) Permitirle discriminar entre diferentes tipos de sentimientos

El **reflejo** no excluye el uso de la **paráfrasis** (de hecho, suele incluirla), pero implica siempre la repetición de un componente emocional. Tanto el reflejo como la paráfrasis implican la recapitulación de aspectos del mensaje del paciente. Pero:

- la paráfrasis recapitula el contenido del mensaje (haciendo referencia a situaciones, ideas, personas, objetos, etc.)
- el reflejo expresa los sentimientos o parte afectiva del mensaje.



- **Síntesis**

Se define la síntesis o recapitulación como el empleo de paráfrasis y/o reflejos que resumen lo que el paciente ha comunicado durante parte de una sesión o a lo largo de una o más sesiones. Es frecuente al inicio y especialmente, al final de las sesiones.

**Propósitos:**

- a) Unir múltiples elementos (afectivos, cognitivos, conductuales, interpersonales, etc.) que ha ido comunicando el paciente para darles una estructura y/o clarificar la información.
- b) Identificar temas comunes que se ponen de manifiesto después de diversas intervenciones del paciente o en de varias sesiones
- c) Hacer resúmenes de aspectos importantes
- d) Resumir el progreso o avances logrados en la psicoterapia.
- e) Al igual que la paráfrasis y el reflejo, da la oportunidad al paciente de corregir la percepción del terapeuta.

Otro tipo de intervenciones terapéuticas:

1. INTERROGAR
2. PROPORCIONAR INFORMACION
3. CONFIRMAR O RECTIFICAR
4. RECAPITULAR
5. SEÑALAR
6. SUGERIR
7. INDICAR
8. ENCUADRAR
9. META-INTERVENCIONES

## **6. Servicios del CAPS**

Dentro del énfasis que tiene el servicio a la comunidad, los CAPS otorgan de manera gratuita los siguientes servicios o actividades a la comunidad que acoge<sup>5</sup>:

### **6.1. Área psicología**

#### **6.1.1. Entrevista de ingreso**

Este servicio consiste en la realización de una entrevista psicológica al usuario, la que es realizada por un profesional psicólogo o un estudiante en práctica entrenado, con

---

<sup>5</sup> A la fecha se encuentra en fase de proyecto la incorporación del Área de Trabajo Social a los servicios CAPS, incluyendo prestaciones de diagnóstico e intervención familiar.

el fin de recolectar información general que le permita identificar y determinar el nivel de complejidad del caso. Esto con el fin de establecer la factibilidad de ser atendido en el CAPS y bajo qué condiciones, o evaluar la posibilidad de derivar a la red de atención adecuada, lo cual será responsabilidad del Supervisor Clínico CAPS.

#### **6.1.2. Orientación y/o consejería psicológica**

La orientación y/o consejería psicológica permite a una persona, familia o comunidad tener una visión general de la problemática que le aqueja y las principales líneas de acción que este problema implica. Se realiza una primera problematización del fenómeno que traen consigo los usuarios y se les ayuda a entender cuáles son los pasos a seguir para encontrar una solución.

Esto puede realizarse tanto en espacios del CAPS como en los “Operativos Barriales” o “Ferias de Servicio” que UDLA realiza de manera periódica en las distintas comunas con las que tiene convenio.

#### **6.1.3. Evaluación Psicológica y/o Psicodiagnóstico.**

Este proceso implica una aproximación más profunda y amplia a la problemática que presenta el usuario, con el fin de determinar el plan de intervención a seguir en el proceso terapéutico. Esta evaluación se puede llevar a cabo a través de la realización de entrevistas en profundidad con el usuario, su familia e informantes claves, además de la aplicación de pruebas psicológicas, en caso de ser necesario.

Los procesos de psicodiagnóstico habitualmente se brindan a pacientes que han sido derivados por alguna institución con la que existe convenio (escuelas, colegios, OPD, entre otras) para la aclaración o determinación de la sintomatología que permita mayor claridad en el tratamiento y abordaje del caso.

#### **6.1.4. Atención psicológica.**

La atención psicológica implica el abordaje clínico a pacientes individuales, familias o parejas. Este proceso contempla dos tipos de intervención, la Contención y la Psicoterapia.

La primera se refiere a un espacio de atención psicológica en un contexto de descompensación emocional aguda del usuario. Esta atención tiene por objetivo contener y regular emocionalmente a la persona para restablecer su estado de funcionamiento basal.

La segunda implica la realización de un proceso terapéutico, donde se trabaja en base a un plan de intervención previamente establecido, que busca alcanzar los objetivos

terapéuticos, específicos e instrumentales, que permitan dar respuesta a las necesidades del caso.

Los procesos terapéuticos pueden llevarse a cabo a través de intervenciones a nivel individual, de pareja o familiar, y contemplan un quehacer técnico y ético en el que el estudiante actúa bajo supervisión. La supervisión implica la realización de asesoría, enseñanza y/o evaluación respecto del aprendizaje de técnicas consistentes con la disciplina y el modelo Escuela de Psicología de UDLA.

#### **6.1.5. Intervenciones Psicosociales.**

Estas intervenciones contemplan un espacio de interacción cercana con la comunidad, donde se puedan realizar talleres, charlas o conversatorios en torno a un tema particular que sea definido como una necesidad para la comunidad que el CAPS atiende. Tienen como objetivo abordar temas asociados a salud mental y desarrollo psicosocial.

Estas intervenciones pueden realizarse en espacios del CAPS u otros, según las necesidades de la comunidad y los requerimientos propios de la actividad a realizar.

#### **6.1.6. Levantamiento de indicadores y necesidades de intervención.**

Otro aspecto donde pueden y deben participar los CAPS es en el levantamiento de indicadores y necesidades de intervención tanto en la comunidad interna como externa que se atiende en las dependencias del centro de atención.

Los CAPS tienen un volumen importante de usuarios internos y externos a los que atienden, de manera que allí pueden observarse nudos críticos de atención que pueden pensarse como objetivos de trabajo en torno a la prevención.

Este levantamiento de indicadores y necesidades permitirá dar respuesta real a las necesidades de la comunidad que atiende. A partir de esto se desprenderá la necesidad de actualización y capacitación de la comunidad CAPS en función de los indicadores encontrados.

#### **6.1.7. Acompañamiento a estudiantes del ciclo inicial**

Existe un sistema integrado de acompañamiento académico que tiene como objetivo disminuir el riesgo de deserción de los estudiantes de ciclo inicial, comprendiendo componentes vocacionales, económicos, académicos y, finalmente, problemas psicológicos y/o familiares. Respecto a este último, los estudiantes pueden ser derivados al CAPS de cada Campus para una evaluación asistencial de su situación.

## 7. Estándares de los servicios

Un centro de atención psicológica se entiende como un espacio que brinda atención clínica y terapéutica a individuos, grupos, familias o parejas, de manera que se constituye en un espacio de atención en salud, por ende, debe ceñirse a los estándares de calidad asociados a la atención de pacientes y a los derechos y deberes de los usuarios que se han establecido en la ley n° 20584<sup>6</sup>. Esto implica que cualquier persona que solicite atención en el CAPS debe ser atendido, al menos para realizar la entrevista de ingreso antes indicada. Si el usuario no puede ser atendido en el CAPS, dada la complejidad de su problemática, entonces, se deberá realizar la derivación a la entidad correspondiente para su abordaje. Esto significa que el CAPS debe contar con una red de instituciones disponibles para tales derivaciones.

En este contexto la ley establece estándares en las siguientes áreas; Dignidad de Paciente, Gestión de la calidad, Gestión Clínica, Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención, Competencias del Recurso Humano, Registros, Seguridad del Equipamiento, Seguridad de las Instalaciones, Servicios de Apoyo y Vigencia de la Autorización Sanitaria. En algunas de estas áreas debe existir un pronunciamiento respecto del desempeño deseable en el CAPS.

### 7.1. Dignidad del Paciente.

Todo paciente, sea este niño o adulto, individual, pareja o familia, sea grupos o comunidades debe atenderse considerando los siguientes elementos:

- **Trato Digno:** todo paciente tiene derecho a que se le otorgue información en un lenguaje adecuado e inteligible, de manera cortés y amable, siendo tratados y llamados por su nombre. El CAPS deberá respetar y proteger la vida privada y la honra de sus pacientes. Debe velar por la confidencialidad de la Ficha Clínica, la que sólo podrá ser consultada por el estudiante en práctica y el supervisor clínico.
- **Información clara y oportuna:** Las personas tienen derecho a la información administrativa y a la información clínica respecto de su estado de salud. La información administrativa deberá otorgarse por escrito, mediante el documento denominado "Consentimiento Informado"<sup>7</sup>, el cual debe ser firmado por el usuario como condición para el inicio del proceso de atención; en el caso de que se trate de usuarios menores de edad, el documento (anexado al consentimiento del usuario infante juvenil) debe ser firmado por el tutor legal<sup>8</sup>. La información clínica será

---

<sup>6</sup> <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

<sup>7</sup> Ver en anexos 10.1 y 10.2

<sup>8</sup> Se podrá solicitar copia de sentencias judicial que acrediten la adjudicación de los cuidados personales del niño, niña o adolescente.

entregada a los usuarios a través de la realización de entrevistas de devolución posteriores al periodo de evaluación psicológica y en las instancias de retroalimentación durante el proceso terapéutico; además de la entrega de informes psicológicos pertinentes (cuando sean solicitados), los que deberán ser validados y firmados por el profesional supervisor.

- **Posibilidad de reclamar:** Las personas que reciban atención en el CAPS y que consideren que alguno de sus derechos ha sido vulnerado, pueden establecer un reclamo en el CAPS correspondiente y deberá tener una respuesta por escrito (en las vías de contacto provistas por el usuario), con un plazo no mayor a 15 días hábiles. Esto implica que todo CAPS debe tener un “Libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones” donde queden constancias de los reclamos y soluciones establecidas por los pacientes, siendo gestionado por el Supervisor clínico CAPS.

### ***7.2. Gestión de la Calidad.***

Respecto de este punto se espera que todo CAPS desarrolle mecanismos de control y gestión sobre las estadísticas que maneja. La cantidad de pacientes, sus diagnósticos, la caracterización de cada uno de ellos, las principales patologías o temas con los que se trabaja en cada CAPS, así como el desarrollo de los procesos terapéuticos, el alta y el seguimiento deben ser elementos fundamentales en el desarrollo de cada CAPS.

Deben existir mecanismos que evalúen la pertinencia, calidad y rigurosidad de los procedimientos desarrollados en el CAPS, así como espacios donde esto se discuta y se tomen medidas de mejora continua para asegurar que los servicios que se entregan a la comunidad son efectivamente de calidad.

Para asegurar los estándares de atención cada CAPS debiera implementar al menos los siguientes mecanismos de control:

- **Software** que identifique información sociodemográfica relevante para la caracterización de cada usuario.
- **Informe semestral de estadísticas CAPS** que dan cuenta de: principales motivos de consulta y datos epidemiológicos con los que se trabaja en cada CAPS, así como los procesos de seguimiento de cada paciente (número de sesiones, deserciones, alta). La provisión de los datos es responsabilidad del estudiante en práctica, la sistematización de la información será responsabilidad del Asistente CAPS y elaboración de los informes respectivos es tarea del Supervisor Clínico CAPS
- **Informe anual de estadísticas CAPS**, que implica un análisis más detallado de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. Este proceso es responsabilidad del Asistente CAPS y el Supervisor clínico CAPS.

- **Supervisión y seguimiento** periódico de los casos que garantice estándares de calidad clínicos y administrativos en la gestión.
- **Estándares para el recurso humano.** Para el aseguramiento de la mantención de estándares de calidad clínicos y administrativos mínimos en cada CAPS se ha definido un máximo de 20 estudiantes en práctica profesional bajo la supervisión de un Supervisor Clínico CAPS con contrato de jornada completa (45 horas semanales)

### ***7.3. Gestión Clínica.***

Toda atención realizada en el CAPS debe contar con al menos los siguientes procesos:

- Entrevista de ingreso. Realizada por el supervisor y/o estudiante en práctica entrenado.<sup>9</sup>
- Periodo de evaluación y/o diagnóstico.
  - Aplicación de pruebas, entrevistas clínicas y levantamiento información.
  - Elaboración de informe y devolución.
- Intervención terapéutica:
  - Plan de intervención.
  - Proceso terapéutico.
- Cierre:
  - Alta
  - Derivación y/o referenciación
- Seguimiento

### ***7.4. Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención.***

El CAPS brinda sus servicios de manera gratuita y abierta a la comunidad general, sea esta la comunidad académica o la comunidad social que acompaña y rodea a los CAPS.

Pueden desarrollarse convenios de colaboración mutua entre el CAPS y otras instituciones, que impliquen la derivación de casos de atención al CAPS, pero también puede atenderse a personas naturales que lleguen al CAPS de manera espontánea o referida por algún conocido.

Todas las personas que soliciten atención en el CAPS pueden recibirla, no existen criterios de exclusión en la atención, sin embargo, luego de la entrevista de ingreso puede determinarse que el CAPS no es el lugar más idóneo para cubrir las necesidades del

---

<sup>9</sup> Si la entrevista de ingreso se efectúa en Sala Gesell se debe contar con el consentimiento del usuario.

paciente y entonces se recomienda y gestiona la derivación del paciente o la referenciación.

Una vez que el paciente ha sido incorporado como paciente CAPS, este debe recibir una atención continua, permanente y adecuada a la normativa que se declara en este documento, sólo se puede detener la continuidad de la atención en caso que el paciente deje de asistir sin haber justificado sus ausencias de manera reiterada, esto significa ausentarse a **dos sesiones consecutivas sin previo aviso y/o que mantenga una continuidad menor a dos sesiones mensuales.**

La continuidad puede ser también interrumpida por el cambio de la complejidad definida en la entrevista de ingreso.

### ***7.5. Competencias del Recurso Humano.***

Para que los CAPS funcionen es de vital importancia que cuenten con el recurso humano suficiente y necesario para dar atención de calidad y servicios con estándares mínimos. En este sentido es que se establece que cada CAPS debe contar con al menos dos cargos mínimos, Supervisor Clínico CAPS y Asisten CAPS, quienes organizarán el funcionamiento con los Psicólogos en práctica y otros académicos UDLA. A continuación se detallan las principales funciones y características de cada uno de estos roles:

- **Supervisor Clínico CAPS:** Este cargo necesariamente debe ser cubierto por un profesional psicólogo, que esté acreditado como psicólogo clínico y que tenga altos estándares y experiencia en la atención clínica de pacientes. El Supervisor Clínico CAPS debe desarrollar al menos las siguientes tareas:
  - Supervisión de las tareas profesionales y desempeño de los estudiantes de Psicología dentro de los Centros de atención psicológica de la universidad y en las comunidades a las que estos centros atienden, bajo el estándar de recurso humano definido de 20 estudiantes por supervisor contratado en jornada completa.
  - Coordinación, seguimiento y supervisión de casos y derivación a instituciones o profesionales de apoyo.
  - Controlar que los estudiantes cumplan con los procedimientos administrativos definidos para la atención y trabajo clínico con pacientes en el CAPS.
  - Representación de los pacientes atendidos en el CAPS ante entidades judiciales, escolares u otras dependiendo del diagnóstico clínico y el proceso del caso.
  - Coordinación y supervisión de actividades de desarrollo profesional del CAPS, tales como reuniones clínicas, presentaciones de caso, talleres socio-comunitarios entre otros.

- Coordinación de pre- prácticas clínicas por asignatura en conjunto con el Director de Carrera de Psicología.
- Elaboración y control de reportes de gestión de las atenciones realizadas en el CAPS de acuerdo a los focos de interés de la Escuela
- Administración y control de los recursos, dependencias y presupuesto del CAPS.
- Extensión y capacitación a la comunidad académica y general respecto de temáticas en el quehacer de la salud mental y el desarrollo psicosocial.
- Coordinación de casos y estudiantes con supervisor UDLA.
- Evaluar el desempeño de los estudiantes que realizan su práctica en el CAPS.
- Gestión del Libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones.

El campo clínico está orientado a la intervención sobre los problemas psicosociales, tanto del individuo como del grupo en sus diferentes contextos, mediante el análisis, la evaluación y el tratamiento de niños, adolescentes y adultos.

El supervisor clínico CAPS, tiene como objetivo, guiar el proceso de formación profesional y de aprendizaje de los licenciados en psicología que realizan su práctica clínica en CAPS, a través de la supervisión técnica (directa e indirecta), trabajo de la persona de la terapeuta y del autocuidado respecto del desarrollo de los procesos diagnósticos y de intervención que realizan, en consonancia con lo indicado en el programa de la asignatura (Práctica Profesional I y Práctica Profesional II), de los reglamentos y normativas pertinentes, tal como se detalla en la tabla:

<b>Funciones Supervisor Clínico CAPS ligadas a la Práctica Profesional</b>	
<b>1. Supervisión, guía y retroalimentación del actuar de los estudiantes en:</b>	
<b>Aspectos teóricos:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conocimiento de técnicas de entrevista</li> <li>– Conocimiento de clasificaciones diagnósticas</li> <li>– Conocimientos respecto a hitos del desarrollo</li> <li>– Conocimiento de estructura y proceso del trabajo terapéutico</li> <li>– Conocimiento de las implicancias del encuadre (setting)</li> </ul>	
<b>Aspectos técnicos:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Habilidades en el desarrollo de entrevista de ingreso</li> <li>– Habilidades en el desarrollo de entrevistas iniciales</li> <li>– Formulación de hipótesis diagnósticas</li> </ul>	
<b>a) Diagnóstico y evaluación</b>	<b>b) Tratamiento</b>
– Selección de los instrumentos	– Habilidades psicoterapéuticas



<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aplicación de los instrumentos</li> <li>– Análisis de los instrumentos</li> <li>– Interpretación de los instrumentos</li> <li>– Realización de Informe</li> <li>– Devolución de la información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diseño y Planificación del proceso terapéutico</li> <li>– Utilización de herramientas y técnicas según el modelo</li> <li>– Evaluación de las intervenciones</li> <li>– Procesos de cierre, derivación o alta de los casos</li> </ul>
<p><b>Aspectos éticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asistencia y Puntualidad (inicio y término de sesiones, entrega de informes, reuniones, etc.)</li> <li>– Actitudes de respeto y aceptación de las características del paciente</li> <li>– Resguardo y confidencialidad del material expuesto en sesiones.</li> <li>– Informar características (encuadre) del proceso (diagnóstico y/o terapéutico)</li> <li>– Respetar derechos de los pacientes</li> </ul>	
<p><b>Aspectos formales, normativos y administrativos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Administración eficiente del tiempo</li> <li>– Cuidado respecto a la presentación personal</li> <li>– Utilización de lenguaje técnico profesional</li> <li>– Aviso pertinente y oportuno ante faltas (inasistencia, errores, modificaciones, etc.)</li> <li>– Realización oportuna de citación, derivación, alta y cierre.</li> </ul>	
<p><b>Aspectos procesales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Figura de la persona del terapeuta (vínculo, transferencia, contratransferencia, rol, etc.)</li> <li>– Atender a dudas o preguntas teóricas y técnicas que el estudiante se plantea</li> <li>– Reflexionar respecto a las repercusiones que genera el caso en la persona del terapeuta</li> <li>– Promover la capacidad autocrítica del estudiante (reconocer y valorar la propia actuación)</li> <li>– Evidenciar fortalezas y debilidades del estudiante en el accionar clínico (diagnóstico y/o terapéutico)</li> <li>– Propiciar curiosidad investigativa en los estudiantes en la búsqueda de posibles soluciones a las conflictivas de los pacientes.</li> </ul>	
<p><b>2. Supervisar la documentación institucional:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Determinar la pertinencia de las solicitudes de elaboración de informes psicológicos a otras instituciones que lo soliciten.</li> <li>b. Supervisar la elaboración y el llenado de los siguientes instrumentos CAPS: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ficha Ingreso</li> </ul> </li> </ul>	

- Ficha Clínica
- Consentimiento informado
- Registro de sesiones
- Hoja de evolución (por sesión)
- Protocolo de pruebas
- Análisis de pruebas
- Informes diagnósticos
- Plan de intervención
- Informe final (cierre)
- Epicrisis
- Otros: Interconsultas, derivaciones, etc.

### **3. Coordinación:**

- a. Supervisores académicos:
  - Dentro del primer mes de práctica para coordinar la retroalimentación y el enfrentamiento de irregularidades.
  - Informar oportunamente de inasistencias.
  - Evaluación conjunta al término del proceso de práctica.
- b. Equipo CAPS, Docentes (ADAI IV, Clínica Infantojuvenil II y Psicoterapia II)
- c. Director de Carrera de Psicología en el campus (solicitudes y requerimientos CAPS).
- d. Asistencia a reuniones de coordinación CAPS con la Dirección de Escuela de psicología

### **4. Evaluar aprendizajes técnicos y trabajos profesionales a través de rúbrica específica del área.**

- a. Evaluar, junto con el Supervisor Académico, la promoción de cada estudiante con la rúbrica al finalizar el proceso de práctica.
- b. Retroalimentar personalmente cada evaluación.

### **5. Al término del semestre deberá entregar copia de los siguientes documentos a la dirección del campus:**

- a. Atenciones de estudiantes en CAPS (archivo Excel)
- b. Entrega semestrales de estadísticas CAPS
- c. Copias de rúbricas de evaluación del desempeño de los estudiantes CAPS.

- **Asistente CAPS:** El Asistente CAPS es una persona que debiera tener estudios de secretariado o estudios técnicos en administración, con experiencia laboral en centros médicos o relacionamiento con personas. El Asistente CAPS se hará cargo de las siguientes funciones.
  - Recepción de pacientes y/o usuarios del CAPS.

- Registro, control y organización de la atención de pacientes y actividades propias del CAPS. (BBDD).
  - Coordinación y asignación de los espacios en el CAPS.
  - Custodia y orden de fichas de atención a pacientes.
  - Inventario de materiales, insumos y recursos del CAPS.
  - Reproducción de material
  - Elaboración de informes de gestión y estadísticas CAPS.
  - Establecimiento y actualización de contactos con instituciones de la red
- 
- **Psicólogo en Práctica:** El estudiante en práctica de psicología en el CAPS, corresponde a estudiantes de Psicología UDLA en posesión del grado académico de Licenciados en psicología. Deben atender, coordinar y prestar servicios psicológicos de acuerdo al marco institucional y metodológico definido para el CAPS mediante el entrenamiento de competencias de psicólogo establecidas por la Escuela de Psicología UDLA. Sus principales funciones son las siguientes:
    - Desarrollar atención psicológica según los criterios de gestión clínica y servicios del CAPS, en base a los casos, pacientes, tareas y campus asignados por el supervisor clínico, cumpliendo con una dedicación de media jornada de trabajo en el CAPS (22 horas semanales).
    - Desarrollar al menos 10 procesos terapéuticos en el CAPS. Es responsabilidad del estudiante cumplir con estándares de atención definidos en CAPS y por ello se espera proactividad para la búsqueda, citación y atención de pacientes.
    - Llevar registros definidos: estadísticas de atención y fichas clínicas.
    - Diseñar e implementar talleres y/o intervenciones psicosociales de acuerdo a directrices establecidas desde la Dirección de Escuela.
    - Apoyar en labores administrativas y/o logísticas según necesidades institucionales.
    - Asistir y participar activamente de la supervisión, reuniones clínicas, presentación de casos y cualquier otro espacio de formación que se desarrolle al interior del CAPS.

Todas estas funciones, se desarrollarán en un contexto regulado por los protocolos CAPS, reglamentos institucionales y el marco normativo legal vigente, de modo de que el Psicólogo en Práctica CAPS debe:

- Conocer los objetivos, normas, instructivos, reglamentos de la práctica del CAPS y velar por su estricto cumplimiento por parte de todos los integrantes de CAPS.

- Conocer y aplicar el Código de Ética establecido por el Colegio de Psicólogos de Chile.
  - Respetar los derechos del paciente o cliente, según los lineamientos institucionales y marco regulatorio vigente.
  - Mantener la estricta confidencialidad de la información y la discusión y análisis técnico disciplinario debe respetar el debido anonimato de los pacientes.
  - Utilizar enfoques y técnicas que sean reconocidas y validadas dentro de la psicología como disciplina científica.
  - Identificarse siempre en la recepción o administración de cada CAPS, y asegurar el registro de su asistencia.
  - Mantener y promover un ambiente de respeto en espacios comunes de CAPS.
  - Ser puntuales en la atención de pacientes y también en las reuniones de supervisión.
  - Mostrar cortesía y amabilidad hacia los pacientes o clientes.
  - Utilizar adecuadamente los materiales disponibles y cuidar la infraestructura e insumos del CAPS.
    - a. El uso del teléfono institucional es exclusivo para coordinar con pacientes y clientes.
- **Rol del supervisor académico:** las actividades formativas que se desarrollan en CAPS, se vinculan directamente con asignaturas. Así, cada docente que requiere implementar actividades prácticas de su programa de asignatura en el CAPS desarrollará funciones de supervisor académico, tanto en las asignaturas de aproximación a la práctica, como especialmente en el ámbito del proceso de práctica profesional. El perfil de este docente está definido en el programa de cada asignatura en cuanto a su formación, experiencia académica y experiencia profesional.

Las principales funciones a nivel de las pasantías o actividades de aproximación a la práctica son:

    - Coordinación directa con el supervisor clínico CAPS de manera previa al inicio de las atenciones, durante el semestre para el seguimiento y al cierre del mismo.
    - Gestión y facilitación de los procesos de inducción al funcionamiento CAPS del docente y los estudiantes de la asignatura
    - Apoyo en los ingresos de casos destinados a su asignatura

- Resguardo del cumplimiento de los protocolos y documentación de cada caso en base a los lineamientos CAPS
- Supervisión clínica de las atenciones realizadas por los estudiantes en base a los lineamientos del programa de asignatura
- Revisión de informes en formato CAPS
- Evaluar el desempeño de los estudiantes en base a los lineamientos del programa de asignatura
- Elaboración del informe de estado final de casos al término del semestre

Como supervisor UDLA de práctica Profesional, el docente deberá:

- Favorecer al inicio del semestre que los estudiantes en práctica y el Supervisor clínico CAPS conozcan los procedimientos, reglamentos, plazos, pautas y rúbricas en las que se enmarcan las asignaturas Práctica profesional I y II.
- Resguardar la implementación del proceso de calificación de práctica en base al programa de asignatura y reglamento vigente, siendo el responsable del ingreso de las evaluaciones y recepción de los instrumentos de evaluación aplicados por el Supervisor Clínico CAPS.
- Mantener contacto con el Supervisor Clínico CAPS para la supervisión del desempeño y tareas profesionales del estudiante en el marco de la evaluación de proceso.

### 7.6.Registros.

Todos los CAPS deben contar con documentación estándar que regule la gestión de la información entre los campus a nivel clínico y administrativo. Los principales documentos que están estandarizados y que deben utilizarse en los CAPS son los siguientes:

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS	
Documento	Descripción
Solicitud de atención – lista de espera atención (Documento N°1 CAPS)	Ficha de inscripción en lista de espera, de personas que consultan tanto por demanda espontánea como derivados interna o externamente. A partir de esta lista de espera, se cita a la entrevista de ingreso.
Ficha de ingreso pacientes (Documento N°2 CAPS)	Documento que completa el Supervisor clínico CAPS o el estudiante en práctica capacitado por el supervisor, luego de la entrevista de ingreso de tamizaje según grado de complejidad.
Registro de sesiones (Documento N°3 CAPS)	El estudiante en práctica deberá llevar el registro de fechas de citaciones, asistencias, cancelaciones y ausencias de cada caso.
Consentimiento informado Adulto (Documento N°4 CAPS)	Todo caso debe contar con este documento firmado por el usuario adulto o por el tutor legal del usuario infanto juvenil y el terapeuta a cargo previo al inicio del proceso. Se completa en la primera sesión con el terapeuta asignado.
Consentimiento informado Infanto Juvenil (Documento N°5 CAPS)	Todo caso infanto juvenil debe contar con este documento firmado por el usuario y por el terapeuta a cargo (y debe estar <b>siempre</b> acompañado por el Documento N° 5 CAPS) previo al inicio de proceso. Es un documento de tenor más simbólico, por lo que no es obligatorio.
Ficha Clínica (Documento N°6 CAPS)	Existen 2 versiones: individual y familiar o de pareja. El estudiante en práctica deberá completar este documento antes de la 4° sesión de atención efectiva. Contempla toda la información fundamental para el procedimiento de valoración diagnóstica.

Hojas de evolución clínica por sesión (Documento N°7 CAPS)	El estudiante en práctica deberá completar en cada sesión y con numeración correlativa el resumen de cada sesión efectiva y la planificación de la siguiente.
Hoja de intervención en terreno (Documento N°8 CAPS)	Registro de las acciones ligadas al caso realizadas fuera del CAPS (visitas domiciliarias, a establecimientos educacionales, etc.)
Informe de diagnóstico (Documento N° 9 CAPS)	Todo caso con 4 sesiones efectivas debe contar con Informe Diagnóstico completo.
Protocolos y Análisis de pruebas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rorschach</li> <li>• TRO</li> <li>• CAT</li> <li>• Hora de Juego Diagnóstica</li> <li>• HTP</li> <li>• PBLL</li> </ul>	En caso de aplicación de pruebas diagnósticas, la ficha deberá contar con los protocolos o transcripciones según corresponda, y análisis en formato CAPS, además de los respaldos de cada una de ellas.
Plan de Intervención (Documento N° 10 CAPS)	Todo caso con 6 sesiones efectivas debe contar con plan de intervención
Informe Final (Documento N° 11 CAPS)	Todo caso con 7 o más sesiones efectivas deberá contar con este documento al cierre de la atención, considerando los avances logrados en psicoterapia.
Epicrisis (Documento N° 12 CAPS)	Todo caso deberá contar con este documento al cierre del proceso, independiente del número de sesiones realizadas.
<b>DOCUMENTOS ANEXOS</b>	
<b>Documento</b>	<b>Descripción</b>
Anexo A. Derivación Externa	Documento que utilizan las instituciones externas en convenio, para enviar los antecedentes de los pacientes para inscribir en la lista de espera.
Anexo B. Derivación	Documento que completa el terapeuta a cargo de un caso, para derivar a un paciente que no seguirá siendo atendido en CAPS.
Anexo C. Interconsulta	Documento que completa el terapeuta a cargo de

	un caso, para enviar a un paciente a otro especialista, con el fin de complementar la atención que recibe en CAPS.
Anexo D. Constancia No Daño infanto juvenil	Documento que completa el terapeuta o supervisor, cuando se evidencia el riesgo suicida en un paciente infanto-juvenil, al poner en conocimiento al adulto responsable de la situación. Es firmado por el adulto y el profesional.
Anexo E. Constancia No Daño Adultos	Documento que completa el terapeuta o supervisor, cuando se evidencia el riesgo suicida en un paciente adulto. Es firmado por el adulto y el profesional.
Anexo F. Certificado de atención	Se entrega a solicitud del paciente precisando día y hora de atención. Lo completa el terapeuta, idealmente es firmado por el supervisor.
Anexo G. Certificado de proceso	Se entrega a solicitud del paciente precisando fecha de inicio de la atención y horario habitual de ésta. Puede contemplar otras precisiones según lo solicitado, siempre visado por el supervisor.
Anexo I. Derivación interna UDLA-CAPS	Documento que utilizan los directores o académicos UDLA, para enviar los antecedentes de los estudiantes para inscribir en la lista de espera.

Todos estos documentos deben ser debidamente completados por el estudiante en práctica y guardados en la ficha clínica del paciente, siguiendo los protocolos de gestión de fichas clínicas.

Las fichas clínicas deben ser almacenadas y guardadas en un lugar bajo llave y el Asistente CAPS es el encargado de la manipulación y resguardo de la información que se incorpore en las fichas. **Las fichas no pueden salir del CAPS.**

### ***7.7. Seguridad del Equipamiento y Seguridad de las Instalaciones.***

El CAPS cuenta con una ficha técnica<sup>10</sup> que incorpora todos los requerimientos en términos de infraestructura, espacio, mobiliario y condiciones de operación.

Los espacios mínimos necesarios para la implementación y acción del CAPS son los siguientes:

- Sala de espera

---

<sup>10</sup> Ver Anexo 11.3



- Recepción
- Box de atención adultos
- Box de atención niños
- Box de atención grupal
- Sala espejo
- Sala de reuniones
- Sala de fichas

Cada uno de estos espacios está debidamente descrito en la ficha técnica que se adjunta.

### **7.8. Servicios de Apoyo.**

Para el buen funcionamiento del CAPS, es de vital importancia contar con una red de instituciones con las que se tengan convenios o con las que se tenga relaciones de mutua colaboración, para facilitar con ello los procesos de derivación o interconsulta. Estas son todas las instituciones, servicios y organizaciones que trabajan en conjunto con el CAPS a las cuales se solicita apoyo, ayuda o se derivan casos cuando es necesario.

Cada CAPS debe contar con una red de derivaciones y es potestad de cada CAPS mantenerla, actualizarla y validarla cada año.

### **8. Control de estándares y de la gestión.**

Para asegurar el cumplimiento de los estándares anteriormente indicados se contemplan las siguientes acciones:

- Definición de reglamentos y documentos de registro unificados
  - Reglamentos ( Prácticas y Titulación)
  - Documentos de Registro
- Capacitación al inicio de cada proceso de práctica profesional respecto de reglamentos, estándares, roles y objetivos.
- Capacitación a los docentes y/o estudiantes de asignaturas con actividades de pre-práctica en CAPS respecto de reglamentos, estándares, roles y objetivos.
- Control permanente de cumplimiento de estándares administrativos de parte del supervisor clínico.
- Auditorías externas del cumplimiento de estándares administrativos a cargo de la Dirección de Prácticas UDLA.

Cada sede/campus de UDLA administra y vela por la correcta mantención y disposición de las condiciones apropiadas para un óptimo funcionamiento operativo.

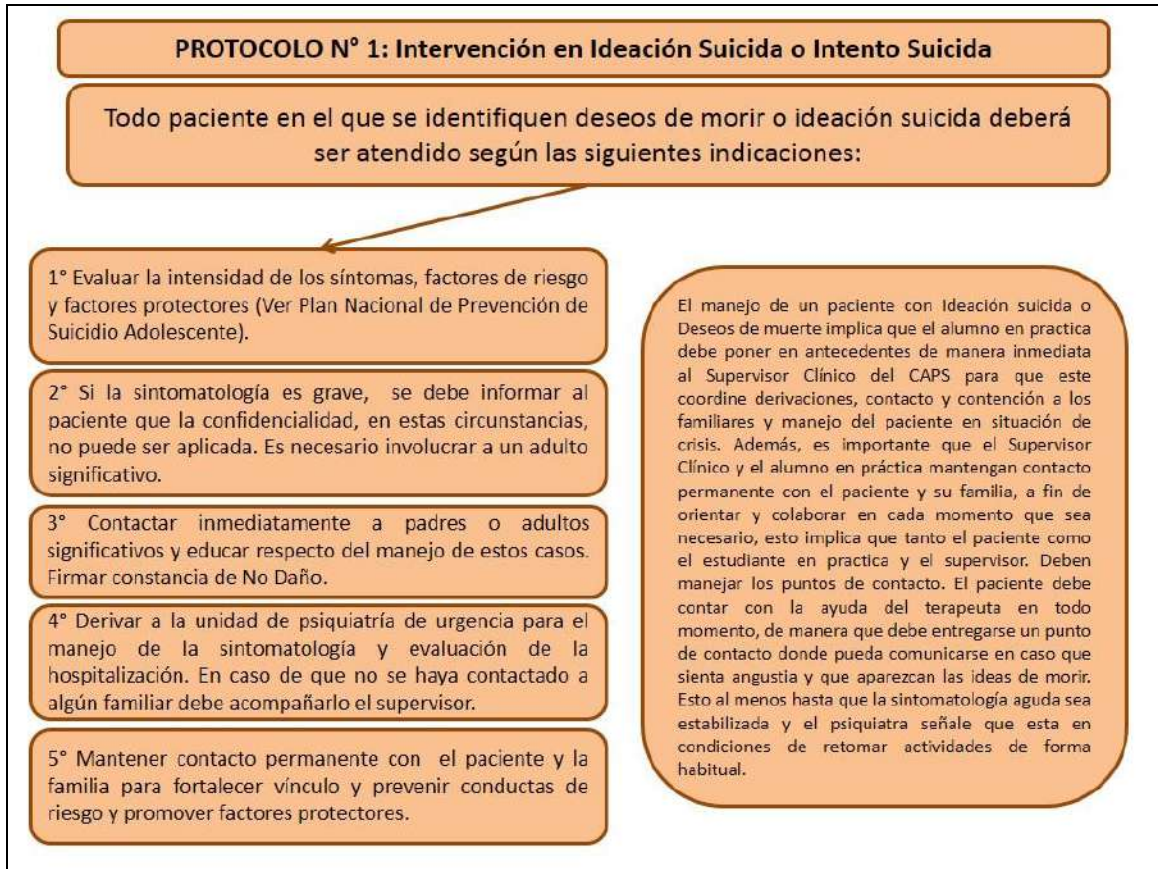
Las sedes, fonos, coordinador y dirección se exponen a continuación:

<b>Sede/Campus</b>	<b>Dirección</b>	<b>Fono</b>	<b>Supervisor Clínico</b>
Santiago/Santiago Centro	Abdón Cifuentes 155, Santiago	+56222531108	Ps. Andrés Ibarra <a href="mailto:aibarras@udla.cl">aibarras@udla.cl</a> Ps. Elcy Babilonia ebabilonia@udla.cl
Santiago/La Florida	Walker Martínez 1360, La Florida	+56222531845	Ps. Alejandra Carrillo <a href="mailto:acarrillo@udla.cl">acarrillo@udla.cl</a>
Santiago/Maipú	Av. 5 de Abril 0620, Maipú	+56222531998	Ps. Andrea San Martín <a href="mailto:asanmartin@udla.cl">asanmartin@udla.cl</a>
Viña del Mar	7 norte 1348, Viña del Mar	+56322524219	Ps. Ximena Cárcamo <a href="mailto:xcarcamo@udla.cl">xcarcamo@udla.cl</a>
Concepción/Chacabuco	Chacabuco 539, Concepción	+56412129988	Ps. Verónica Harris <a href="mailto:vharris@udla.cl">vharris@udla.cl</a>

## 9. Protocolos y procedimientos.

### 9.1. Ideación e intento suicida

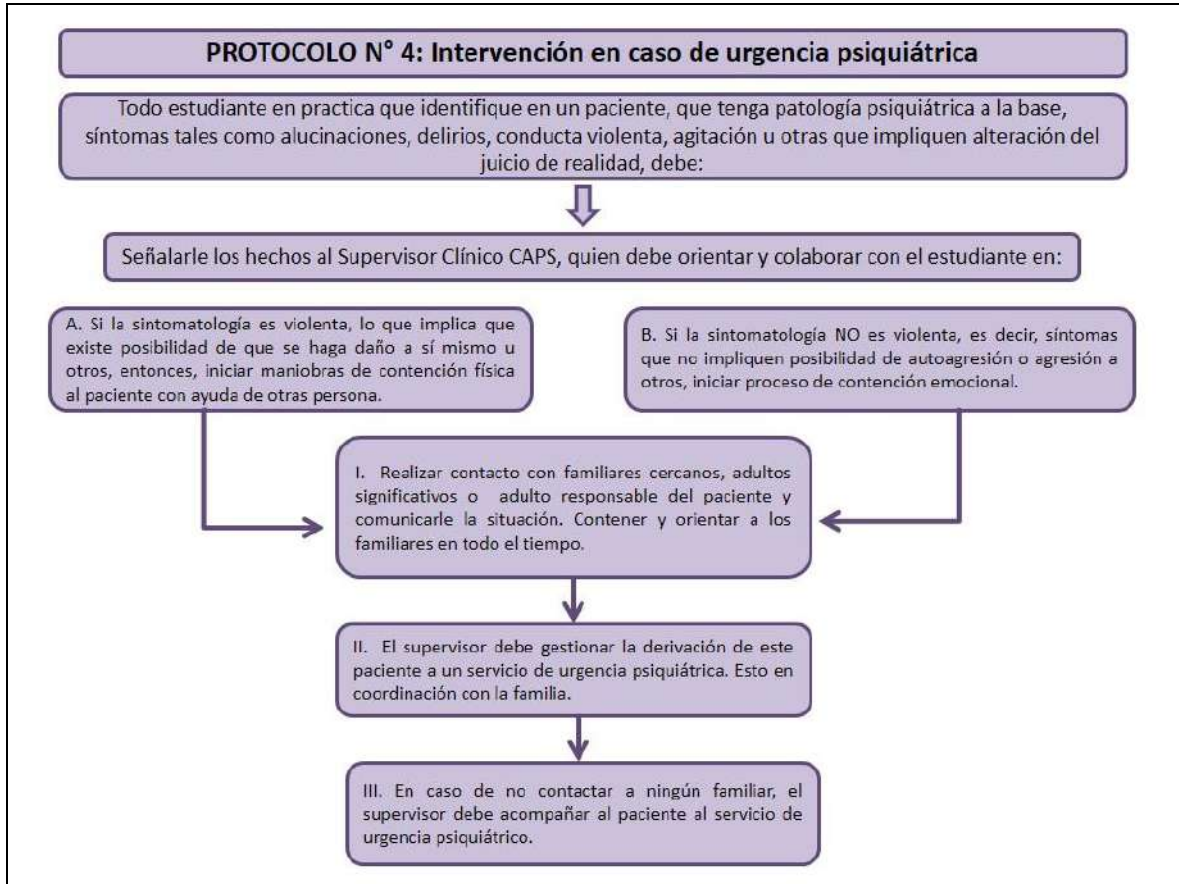
**Figura 1: Protocolo ideación e intento suicida**



**Fuente 1: elaboración propia**

## 9.2. Urgencia Psiquiátrica

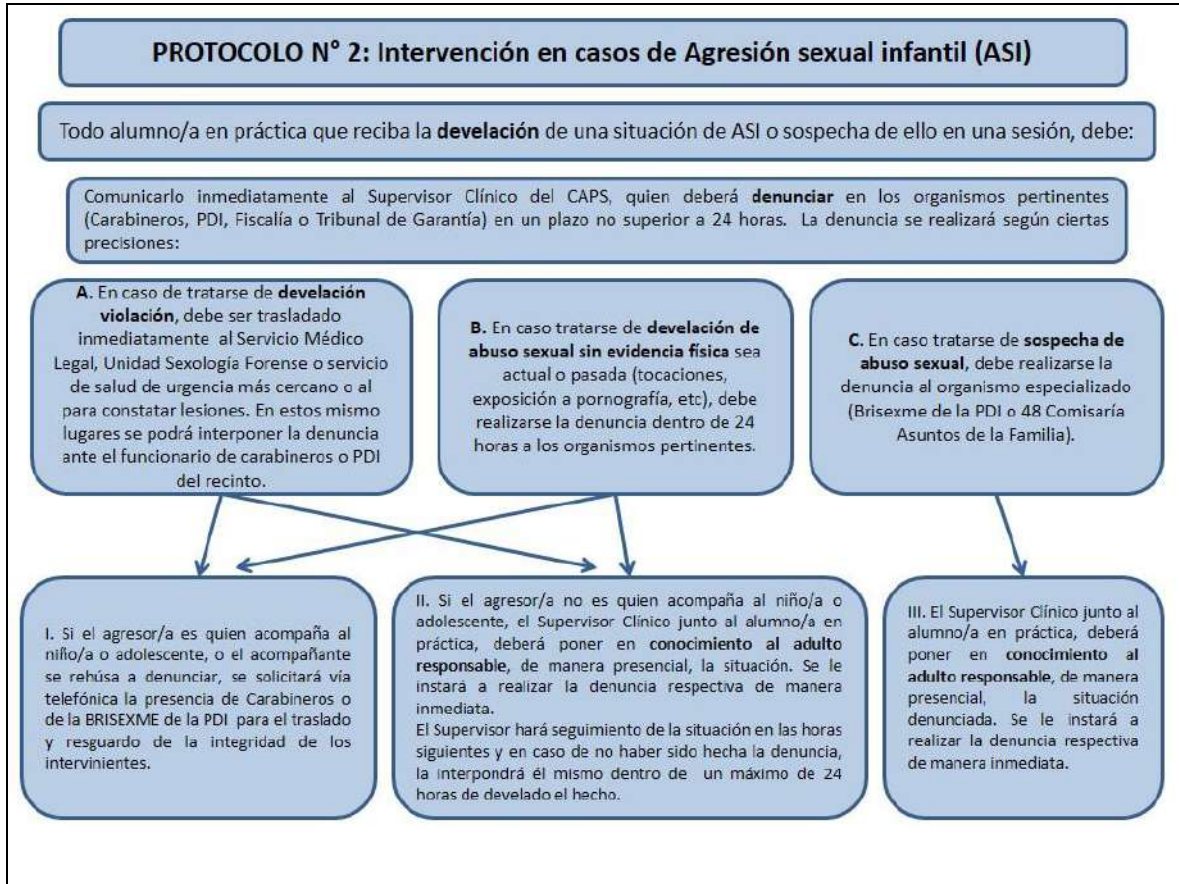
Figura 2: Protocolo Urgencia Psiquiátrica



Fuente 2: elaboración propia

### 9.3. Agresión sexual infantil

Figura 3: Protocolo Agresión sexual infantil (ASI)

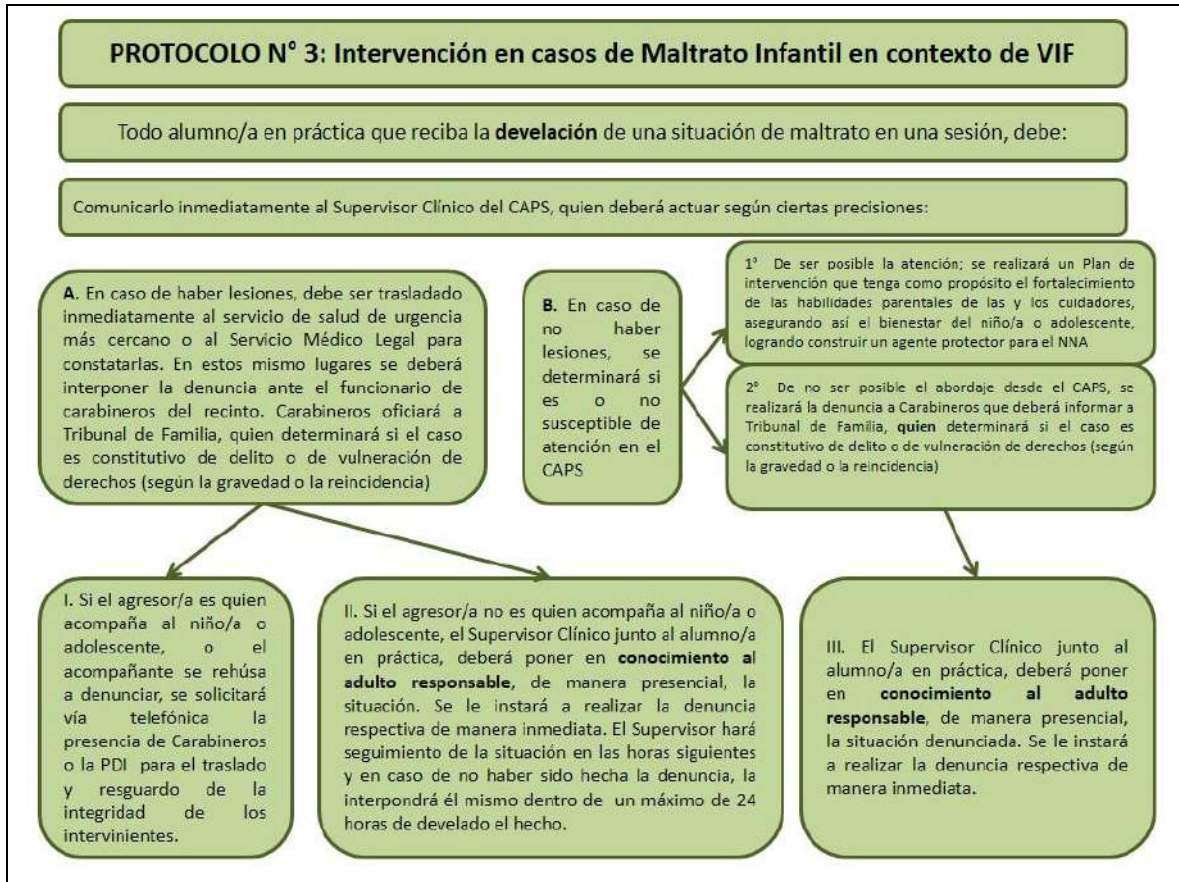


Fuente 3: elaboración propia



### 9.4. Maltrato Infantil

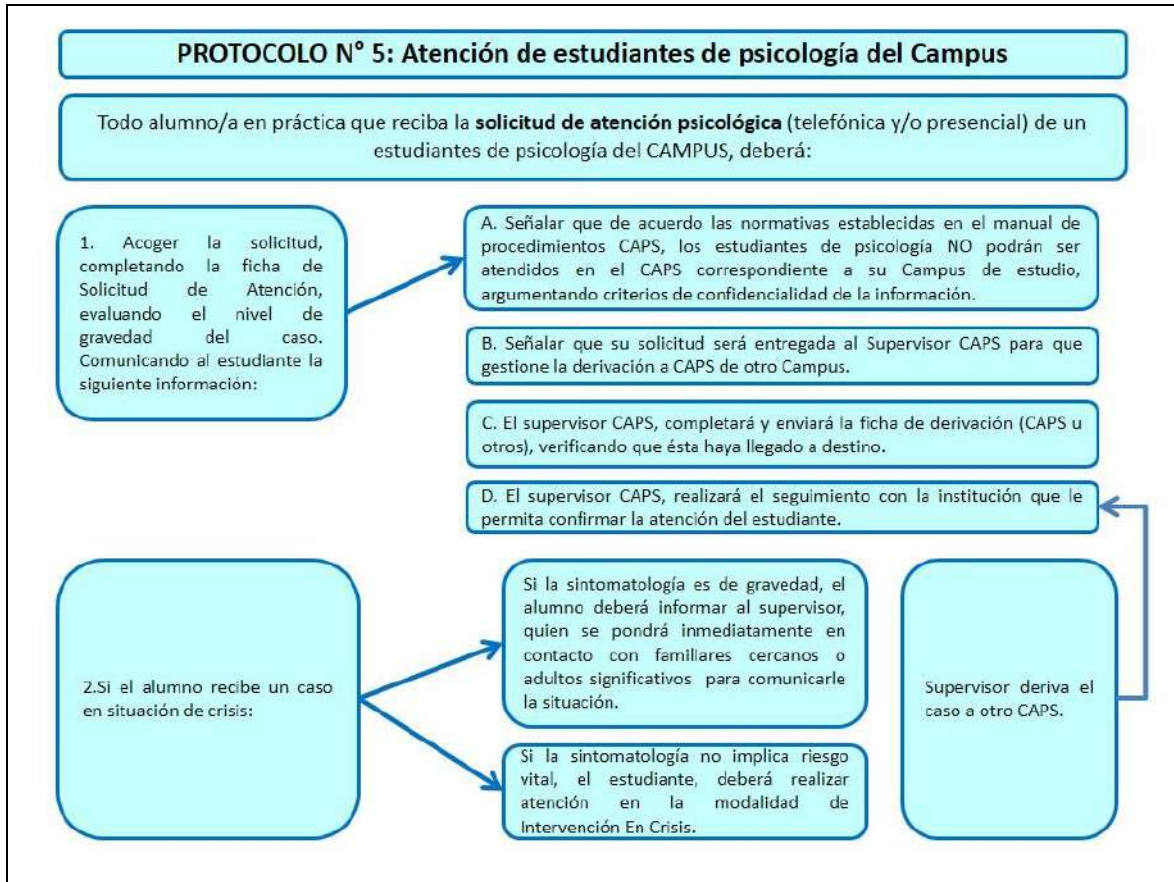
Figura 4: Protocolo maltrato infantil/VIF



Fuente 4: elaboración propia

### 9.5. Atención estudiantes de psicología

Figura 5: Protocolo atención estudiantes de psicología UDLA.



Fuente 5: elaboración propia

### 9.6. Elaboración y entrega de informes psicológicos

Los informes psicológicos deben ser revisados y firmados por el supervisor clínico y deben manejarse como información confidencial, de manera que deben ser enviados certificados a quien los solicitó o bien entregados por mano. Toda la información que se desprenda del proceso de psicodiagnóstico debe ser tratada con máxima cautela.

## 10. Referencias bibliográficas

- Avila, A. (1994). ¿Qué es la psicoterapia? En: A. Avila y J. Poch (Eds.), Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. Cap. 1. Madrid: Siglo XXI
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Bellak, L. y Siegel, H., (1986). Manual de Psicoterapia Breve, intensiva y de urgencia. México. Ed. El Manual Moderno
- Braier, E. (1999) Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Argentina. Ed. Nueva Visión
- Castanedo, C. (2001). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y el ahora*. Barcelona: Herder.
- Ceberio, M.R., y Linares, J.L. (2005). Ser y hacer en terapia sistémica. Barcelona: Paidós.
- Coderch, J. (2016). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona. Ed. Herder
- Enright, J. (1989). Introducción a las técnicas gestálticas. En J. Fagan e I. Shepherd (Comps.), *Teoría y Técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 112-129). Argentina: Amorrortu.
- Etchegoyen R. H. (1986) Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu.
- Fagan, J. y Shepherd, I. (1989). (Comps.), *Teoría y Técnica de la psicoterapia gestáltica*. Argentina: Amorrortu.
- Feixas, G. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos. España. Ed. Paidos Iberica.
- Feixas, G., y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fiorini, H.J (2008). Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Bs As Argentina. Ed. Nueva Visión.
- Fish, R., Weakland, J., y Seagal L. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Florenzano, R. (1991) Técnicas de psicoterapias dinámicas. Santiago de Chile. Ed. Universitaria
- Foerster, V.H. (1973). *Cybernetic of Cybernetics. Physiology of revolution*. The cybernetician, 3, pp. 30-32.
- Freud, S. (1985). Obras completas. Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu.
- “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912) Vol. 12
- “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico.” (1912) Vol. 12
- “Análisis terminable e interminable” (1937) Vol. 23
- Greenson, R. (1980). Técnica y Práctica del Psicoanálisis., Bogotá, Colombia. IV edición Ed Siglo Veintiuno
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Klein Melanie (1989). Obras Completas. Barcelona. Ed. Paidos



- Latner, J. (2007). *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Malan, D.H. (1983). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires-Barcelona. Ed. Paidós
- Martínez, C. (1999). Ilustración clínica de la técnica de Intervención en Crisis. *Revista de Psiquiatría*, 3, 169-73.
- Naranjo, C. (1989). La focalización en el presente: Técnica, prescripción e ideal. En J. Fagan e I. Shepherd (Comps.) *Teoría y Técnica de la psicoterapia guesáltica* (pp. 53-74). Argentina: Amorrortu.
- Poch, J., Avila Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Sandler, J., Dare, C., Holder, A. (1996). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Cap. 2, 3, 4 y 10. Bs. As., Argentina. Ed. Paidós Ibérica.
- Segal, H. (1981) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Ed. Paidos-Ibérica
- Varios Autores (2014). *Manual de Terapia Sistémica: principios y herramientas de intervención*. Editado por Alicia Moreno Fernández. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Winnicott, D. (2009). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires. Editorial Horme-Paidós.
- (1993). *Sostén e interpretación. Fragmento de un análisis*. Barcelona: Editorial Paidós. ISBN 950-12-4153-X.
  - (1992). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Barcelona: Ed. Paidós. ISBN 950-12-4147-5.
  - (1992). *Exploraciones psicoanalíticas II*. Barcelona: Ed. Paidós. ISBN 950-12-4157-2.
- Yildiz, Ismail (2010). *Fundamentos de psicología dinámica y de psicoanálisis*. En <http://www.psicoanalistaiyildiz.com/>

Anexos.

### 10.1. **Formato Consentimiento informado Adulto (Doc. N° 4)**



CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL CAPS  
Abdón Cifuentes #155, Teléfono 22531108, Santiago Centro  
DOC. 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO ADULTO

N° Ficha \_\_\_\_\_

El CAPS es un Centro de Atención Psicosocial que tiene como objetivo la formación de profesionales del área de las Ciencias Sociales, prestando servicios gratuitos a la comunidad.

Las intervenciones desarrolladas por el CAPS son realizadas por Licenciados en Psicología en proceso de práctica profesional o estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales que estén cursando asignaturas de connotación práctica. En ambos casos los estudiantes son supervisados por un profesional competente.

Con fines netamente académicos, las intervenciones podrán ser registradas de manera audiovisual y/u observadas en sala de espejo, de manera de optimizar los procesos de supervisión de casos.

A continuación se detallan algunas precisiones respecto del proceso de atención a realizarse por el CAPS:

1. La frecuencia de las sesiones será establecida por el estudiante a cargo, lo que será debidamente comunicado al usuario.
2. El CAPS se reserva el derecho de determinar cambios en los responsables de la intervención, en los casos que sea necesario.
3. La duración de las sesiones será de 45 minutos aproximadamente.
4. Si el usuario llegase atrasado por un tiempo superior a 30 minutos, no será atendido y se agendará para una nueva sesión. En caso que llegue atrasado menos de 30 minutos se le atenderá el tiempo restante de su horario.
5. Si el usuario ve imposibilitada su asistencia a las sesiones citadas, deberá avisar con 24 horas de anticipación.
6. La asistencia del usuario debe ser de, al menos, 3 sesiones mensuales, a fin de asegurar la continuidad del proceso. De lo contrario, se cerrará la ficha.
7. Si el usuario se ausenta a dos sesiones consecutivas, sin previo aviso, se dará por entendido el abandono del tratamiento, siendo cerrada su ficha.
8. Al estudiante CAPS a cargo de la intervención no le corresponde responsabilidad alguna en el quehacer o decisiones del consultante.

Se le garantiza al consultante confidencialidad de la información que entregue durante el proceso mientras ésta no sea constitutiva de delito o vulneración de derechos. En estos casos estaremos obligados por ley a entregar la información a la entidad pertinente.

El abajo firmante declara estar en conocimiento y, en consecuencia, da consentimiento de las normas de funcionamiento anteriormente explicitadas:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, RUT Y FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA TERAPEUTA

Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**10.2. Formato Consentimiento informado Infantojuvenil (Doc. N°5)**



CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL CAPS  
Abdón Cifuentes #155, Teléfono 22531108, Santiago Centro  
**DOC. 5 CONSENTIMIENTO INFANTO-JUVENIL**

Nº Ficha \_\_\_\_\_

Después de hablar con mis padres y mi terapeuta, he entendido para qué voy a venir a terapia. Sé que cuando venga a esta consulta voy a jugar, dibujar y hablar.

Puedo hablar sobre cualquier cosa. Puedo hablar de mi familia y de mi mismo. Si quiero, puedo hablar de mis preocupaciones. Si no quiero, no tengo que hablar. Algunas veces cuando venga aquí, voy a sentirme mucho mejor, pero otras no tanto.

Mi terapeuta no le va a contar a mis papás, si yo hablo de ellos o de mi familia a menos que yo quiera. Sin embargo mi terapeuta se podrá reunir con mis padres para recoger información importante de mi vida y para informarles de mis progresos. Mis terapeutas podrían aconsejar a mis padres o a mi familia sobre cómo ayudarme con mis problemas.

Si mis terapeutas se dan cuenta que yo estoy en peligro, me lo dirán y después buscarán a un adulto (de mi familia) que pueda protegerme.

Voy a firmar mi nombre en este papel para demostrar que estoy de acuerdo con lo que acabo de leer

1. **NOMBRE** : \_\_\_\_\_

2. **RUT** : \_\_\_\_\_

3. **FIRMA** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TERAPEUTA

Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### 10.3. Formato Ficha Técnica CAPS



#### Estándar de Equipamiento

CPP - CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICO (CAPS)

CÓDIGO RECINTO ACADÉMICO: CEPS\_CAPS

NUMERO DE ALUMNOS POR RECINTO: 6

ITEM	EQUIPAMIENTO	CANTIDAD	CATEGORIA DEL BIEN
1	MUEBLE CON REPISAS Y 2 PUERTAS CON LLAVES (140x200x50)	1	Mueble
2	SILLON 2 CUERPOS	2	Mueble
3	MESA DE CENTRO	1	Mueble
4	LAMPARA DE PIE	1	Equipo gral.
5	ALFOMBRA	1	Equipo gral.
6	DECORACION	1	Equipo gral.
7	CORTINAS ROLLER BLACK OUT	1	Equipo gral.
8	SILLAS UNIVERSITARIAS	10	Mueble
9	EQUIPAMIENTO AUDIO VIDEO	1	Equipo gral.
10	LAMPARA DE LUZ TENUE	1	Equipo gral.

EQUIPAMIENTO: Aquel equipo o material que al menos perdura 1 año su uso.

CATALOGO VIGENTE PARA EL PERIODO 2018

