

186
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA**

**COMPARACION DEL PERFIL TEORICO CON EL
PERFIL PRACTICO DEL PSICOLOGO DENTRO DE
UNA INSTITUCION MUNICIPAL**

**REPORTE DE TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A ;
JULIA PEREZ ORTEGA**

**ASESORES: LIC. MARGARITA MARTINEZ RIVERA
MTA. MARIA ANTONIETA DORANTES GOMEZ
LIC. EDY AVILA RAMOS**

LOS REYES IZTACALA, MEXICO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

258936

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	PÁG.
RESUMEN.	
INTRODUCCIÓN _____	(1)
CAPÍTULO 1: HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA _____	(4)
1.1. INICIOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA _____	(6)
1.2. PRIMERAS INFLUENCIAS EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA _____	(9)
1.3. LA PSICOLOGIA CLÍNICA CONTEXTUALIZADA EN LA PRIMERA Y SEGUNDA GUERRA MUNDIAL _____	(11)
CAPÍTULO 2: CAMPOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA _____	(16)
- 2.1. ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO _____	(19)
2.2. ROLES ESPECÍFICOS DEL PSICÓLOGO CLÍNICO _____	(23)
CAPÍTULO 3: HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA _____	(27)
3.1. CAMBIOS EN LAS SIGLAS DE LA INSTITUCIÓN _____	(30)

3.2. ESTRUCTURA GENERAL DE D.I.F.	(33)
3.3. BENEFICIOS QUE FOMENTA LA INSTITUCIÓN.	(36)
3.4. DESCRIPCIÓN DEL ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN	(39)
CAPÍTULO 4: PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA CLÍNICA	(44)
4.1. CARACTERÍSTICAS DEL PSICÓLOGO	(45)
4.2. ENFOQUES UTILIZADOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	(47)
CAPÍTULO 5: PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN	(55)
5.1. PROGRAMAS ESPECIALES	(56)
CAPÍTULO 6: COMPARACIÓN DEL PERFIL TEÓRICO CON EL PERFIL PRÁCTICO DEL PSICÓLOGO	(67)
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	(76)
BIBLIOGRAFÍA	(82)

R E S U M E N .

El presente trabajo tiene por objetivo, describir el desarrollo del psicólogo clínico en una institución municipal (D.I.F.), partiendo de lo que es su perfil teórico para contrastar el perfil práctico del mismo; en base a el análisis de ambos perfiles, proponiendo cambios estratégicos que beneficien a la población y similarmente a la institución; asimismo informar del trabajo que una institución le pide al psicólogo.

De igual forma se dará un breve esbozo de lo que propone la literatura para un psicólogo clínico, para compararlo con las exigencias de la institución para determinar en base a la estructura de ambos las necesidades reales de la población para que sean atendidas de una manera eficaz y adecuada, por ejemplo, el desempeño del psicólogo clínico en esta institución (D.I.F.), se ha visto frustrado por uno o varios inconvenientes, los cuales se verían resueltos si se delimitara el perfil del psicólogo clínico, asimismo su marco teórico a seguir (en la institución), como las mismas herramientas a utilizar; por todo lo expuesto sustentamos que el marco teórico más adecuado para ello es

el cognitivo-conductual, ya que por sus características es el mas idóneo para la población que requiere del servicio; sin embargo, si la misma institución no unifica criterios, todos los analisis que se realizen en mira de un mejor trabajo quedaran simplemente en eso, un " analisis".

I N T R O D U C C I Ó N

El papel de la psicología en el desarrollo de la humanidad ha sido primordial, pues como es bien sabido ocupa un lugar específico en las profesiones dedicadas a la salud y como tal se tiene que desempeñar en el campo adecuado a ella. Al hablar de áreas específicas retomaremos el área de la psicología clínica, el cual es extenso y difícil de cubrir; por lo que en el presente trabajo abordaremos como primer instancia en el capítulo primero, lo que han sido los inicios de la psicología clínica, como las diferentes influencias y contextos, determinaron el trayecto de la misma, así como la variedad que existe en cuanto a definiciones de la psicología clínica y los objetivos que se han establecido en ella.

En el segundo capítulo abordaremos los campos de acción para el psicólogo clínico, sus actividades y roles a desarrollar, cuando se ha podido delimitar los lineamientos para ello. En el tercer capítulo retomaremos lo que ha sido el trayecto y antecedentes de la institución, y los diferentes cambios que han sufrido las siglas que la representan. Asimismo la estructura general del

sistema, tomando en cuenta los beneficios y objetivos de la institución. Para finalmente describir lo que es el organigrama de la institución D.I.F. (Desarrollo Integral de la Familia). En el capítulo número cuatro hablaremos de las características del psicólogo clínico, así como de los diferentes enfoques teóricos que utiliza el mismo, analizando que de acuerdo al contexto en el que se labore, el enfoque teórico se adapta a las condiciones establecidas. Siendo en este caso el enfoque cognitivo-conductual, el más adecuado, pues por el tiempo, condiciones y población que se maneja se ha considerado el más pertinente. En este enfoque la estrategia básica para el tratamiento de respuestas relevantes al cuadro de conflictos que presenta el individuo (cliente), consiste en entrenar sistemáticamente a un cliente a distinguir o discriminar entre "hechos y creencias", como elementos del mundo circundante que tienen el poder de determinar estas conductas (Castanedo y cols, 1993). En el capítulo número cinco, retomaremos los diferentes programas que se llevan a cabo en la institución, los cuales tienen que ver directamente con las funciones del psicólogo clínico; asimismo veremos el contraste de las funciones que se manejan en el organigrama con las funciones reales que se llevan a cabo. En el capítulo número seis, desarrollaremos el objetivo del trabajo, es decir,

describiremos cual es el perfil práctico y teórico del psicólogo clínico, asimismo, la comparación entre estos perfiles, tomando en cuenta, la relación laboral que mantiene el departamento de psicología con el departamento jurídico y el de trabajo social, así como la influencia de los departamentos antes mencionados para el desempeño del psicólogo clínico; también se comentaran las diferentes modalidades de trabajo, enfatizando las actividades específicas que desempeña el psicólogo clínico en este departamento. Logrando así un marco comparativo respecto a la función teórica y práctica del psicólogo clínico, tratando de dar una visión aproximada de esta situación, ya que es importante que los psicólogos que laboramos en D.I.F, nos percatemos y sobretudo que demos a conocer cuales son las condiciones de trabajo existentes y cuales se podrian implementar a partir del analisis que se realiza en el presente trabajo.

CAPÍTULO 1.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Desde su aparición como disciplina organizada a finales del siglo XIX, la psicología ha desencadenado agrios, interminables y estériles debates a propósito de su cientificidad. Al decir disciplina organizada, se afirma la existencia de un "objeto propio de estudio" (a saber, la conducta de los organismos) y del empleo de un método compartido con las formas de conocimiento consideradas como ciencias (Pérez, 1981). Es en este siglo, cuando se considera que el campo de la psicología surgió (sus principales fuentes) en la Filosofía, la Fisiología, la Sociología y las Ciencias Experimentales como la Física (Kendall, 1988). Se considera que para la Física constituyó un avance notable liberarse de conceptos antropomórficos, sin embargo, la psicología tiene necesariamente que ser antropomórfica, puesto que habla del hombre. Desde el punto de vista filosófico, se habla de que las ciencias evolucionan, haciéndose necesario transformar los

conceptos o modificar su importancia de acuerdo con los descubrimientos logrados en lo teórico y en lo empírico. El Filósofo Spinoza (en Pérez, 1981) afirmaba que : "el efecto sigue una determinada causa, por el contrario, es imposible que se dé un efecto, sino hay una causa " y "llamamos a algo coincidencia, solo por que nuestra cognición es deficiente". Y es de esta forma como se considera que en el ámbito de la conducta humana existen relaciones de causa efecto, lo cual permite pensar que la metodología científica puede ser empleada con el fin de determinar cuales son esas relaciones, cómo y cuándo se presentan, cuáles con sus variaciones, etc.

Resulta conveniente hacer mención de los antecedentes históricos de la psicología clínica, por lo cual nos remontaremos a los orígenes de la profesión; las profesiones evolucionaron a medida que la gente descubrió que algunas responsabilidades sociales exigían mas conocimiento o habilidades, y asimismo, un grupo minoritario de personas encontró que al proporcionar tales servicios lograban obtener poder financiero y alcanzar prestigio social. Se menciona que quizá los primeros profesionales fueron chamanes o sacerdotes, es decir, personas con nexos religiosos, y todavía en muchas profesiones se conserva cierto misticismo religioso. Las profesiones ayudan en el cumplimiento de muchas funciones sociales

importantes y el profesionalismo significa un intento por prestar tales servicios, con la finalidad de proporcionar un máximo beneficio y protección a quienes lo reciben (Kendall, 1988).

La psicología clínica no surge de la nada, ni por arte de magia, por el contrario y tal como su nombre lo

indica, en el curso de su historia relativamente breve, esta área aplicada de la psicología tiene sus raíces en la psicología experimental; siendo que los primeros psicólogos experimentales estaban fundamentalmente interesados en la naturaleza de la mente y los procesos mentales: percepción, sensación, acción refleja, etc.; y para estudiar dichos fenómenos desarrollaron métodos y procedimientos muy precisos, usando como modelos a las ciencias duras, tales como la Física. Con lo cual podemos referir que la psicología clínica empezó a desarrollarse a finales del siglo XVIII (Hersen, Bellack, 1989).

1.1. INICIOS DE LA PSICOLOGIA CLÍNICA.

Ordinariamente se admite que la historia original de la psicología comienza de manera oficial, con el laboratorio de psicología de Wundt (citado en Bernstein, 1982) en la Universidad de Leipzig, en 1879. Posteriormente quien hizo una aportación directa al desarrollo de la

psicología clínica fue Lighter Witmer, quién fundó la primera clínica psicológica en E. U. A. , e impartió el primer curso formal de psicología clínica; asimismo fue quien dio a la disciplina su nombre, y aunque muchos de los que han seguido no se han enamorado con esta designación, dicho nombre ha prevalecido a pesar de todo. Witmer se interesaba principalmente en las dificultades sensoriales, en el retraso mental, desórdenes de locución, y en los problemas del aprendizaje escolar, de igual forma también intentó trabajar terapéuticamente con niños psicóticos (Garfield, 1979).

Se ha comentado que la primera generación de psicólogos clínicos sufrió las grandes influencias históricas, sociales y científicas que tuvieron lugar a finales del siglo XIX, por ejemplo, con la participación de Galton (Pérez, 1981), se crea una situación prácticamente irreversible, a través de la cual se trata de fundamentar la existencia de diferencias individuales que pueden ser objeto de estudio de carácter científico.

Los primeros desarrollos de medición científica de las diferencias entre individuos provienen de dos fuentes por demás heterogéneas: la Astronomía y la Anatomía. En la primera el astrónomo del observatorio de la

Universidad de Königsberg, Beseel se dedicó a comparar sus propias observaciones con las de otros astrónomos experimentados, constatando que aparecían diferencias regulares y que la importancia de las mismas dependía de la persona con la que comparaba sus propios resultados. El trabajo de Beseel llevó más tarde a investigaciones psicológicas sobre la velocidad y las diferencias individuales en el tiempo de las reacciones. La segunda fuente de interés inicial por las variaciones entre los individuos fue el estudio de la Frenología, que apareció por primera vez en Europa, en los inicios del siglo XIX, con los trabajos del anatomista Franz Gall. Este anatomista pensaba encontrar relaciones entre la forma de la cabeza de sus compañeros y sus características mentales. Establece los siguientes principios de la Frenología: 1) cada área del cerebro está relacionada con una facultad o función; 2) que cuanto más desarrollada está el área, tanto más se manifiesta la función en el comportamiento; y 3) que el mayor o menor desarrollo de cada facultad se puede determinar por las protuberancias o depresiones del cráneo. Aunque la teoría de Gall era parcialmente correcta tenía muchos errores, las conclusiones a las que llegó y los procedimientos que utilizaba provocaron el desprecio de los científicos de su tiempo. Se considera, que la importancia que tuvo la Frenología para la psicología clínica, cuando cayó

en total descrédito, no fue su valor o sus errores, sino su orientación para evaluar las características individuales.

1.2. PRIMERAS INFLUENCIAS EN LA PSICOLOGIA CLÍNICA.

De esta manera son notables dos líneas de influencia:

a) La tradición psicométrica, con sus énfasis en la medición cuidadosa y precisa, condujo al desarrollo de los test mentales, siendo así como los primeros psicólogos clínicos se dedicaron totalmente a estos programas, debido a que eran expertos en los test y su construcción, así como conocedores de la sensación, la percepción y el funcionamiento mental (Hersen Bellack,1989). Es importante mencionar que con la psicología experimental de Wundt, a través de la psicología diferencial, surge el primer intento de medir las diferencias particulares bajo el concepto del hombre en general. De aquí nacieron varias de las pruebas psicométricas, por ejemplo las que miden las funciones y capacidades intelectuales, que son de gran utilidad para la psicología clínica (Rivera, Esquivel, Lucio, 1987).

b) La segunda línea de influencia es la tradición dinámica, en donde el énfasis estaba en la motivación humana, sus necesidades y sus pulsaciones. Es aquí donde el impacto de Freud es mayor en la psicología que en la psiquiatría, lo cual motivó a los psicólogos clínicos a interesarse por la base de la conducta, así como el uso de aproximaciones psicológicas para cambiarla. Más que estudiar los límites de la sensación y la percepción, los psicólogos de orientación clínica empezaron a considerar la razón por la cual las personas nos comportamos del modo en que lo hacemos y cómo los sentimientos y necesidades afectan a nuestra conducta (Hersen Bellack, 1989).

Durante mucho tiempo, Freud fue considerado uno de los primeros en insistir en la importancia que tienen los factores psicológicos en la etiología y tratamiento de la neurosis; muchas de las deducciones clínicas y conceptos teóricos que adujeron los psicoanalistas han tenido un tremendo influjo sobre la teoría y práctica del trabajo psicológico clínico que se lleva a cabo con una gran variedad de personas. Uno de los conceptos más importantes e influyentes de Freud fue el que se refiere a los determinantes inconscientes del comportamiento. Le impresionó mucho el hecho de que gran cantidad

de sus enfermos parecían tener motivaciones de las que no estaban conscientes; por lo cual era importante llegar a comprender al paciente y sus dificultades personales, era indispensable ir al fondo de lo que éste voluntariamente confesaba acerca de sí mismo, así el analista debía explorar debajo de la superficie para descubrir las fuerzas dinámicas y complicadas de motivación que explicaran la conducta sintomática del paciente (Garfield, 1979).

1.3. LA PSICOLOGIA CLÍNICA CONTEXTUALIZADA EN LA PRIMERA Y SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.

Todos estos diversos acontecimientos, algunos dentro del mismo campo de la psicología y otros en las áreas afines, han contribuido de alguna manera al desarrollo histórico de la psicología clínica. A partir de la Primera Guerra Mundial, se agudizan los conflictos entre el médico y el psicólogo, a causa de las definiciones de roles y los estatus respectivos. Sin embargo, lo más importante es la aparición de diversos enfoques psicológicos que se confrontan abiertamente y que sientan las bases para la aparición de una psicología más sólidamente estructurada (Pérez, 1981).

La consecuencia más importante que la Guerra tuvo para la psicología clínica, fue centrada la atención de la especialidad en el diagnóstico de adultos no hospitalizados (Bernstein, 1982). Con la entrada de América en la Guerra se pidió a los psicólogos que desarrollaran procedimientos para evaluar y clasificar un gran número de reclutas en relación con su nivel intelectual y su estabilidad emocional. A lo largo de estos años los psicólogos clínicos estuvieron muy dedicados a la evaluación y diagnóstico de pacientes psiquiátricos adultos, a pesar de que el campo de acción fue gradualmente creciendo en este período, no había una formación específica de trabajo para los psicólogos clínicos, los cuales continuaron siendo entrenados como psicólogos experimentales (Hersen Bellack, 1989).

Poco a poco los psicólogos, además de las funciones tradicionales de diagnóstico, entrenamiento e investigación, comenzaron a dar tratamiento, y a fines de los años treinta había algunos que se dedicaban a la práctica privada. Este nuevo aspecto de la actividad de los psicólogos se desarrolló gracias a las circunstancias en que trabajan, la naturaleza misma del instrumental científico de que disponían y el deseo de lograr un estatus profesional más alto. En este periodo para trabajar como psicólogo clínico, lo único que se necesitaba era haber recibido algunos cursos para aplicar

pruebas, de psicología anormal, quizás algo sobre desarrollo infantil, y tener interés por la gente; Sin embargo, los psicólogos clínicos se sentían frustrados por esta situación laboral, ya que, además de sentirse incómodos por estar catalogados como profesionistas de segunda clase, al ser confundidos con técnicos de pruebas psicológicas, recibían muy poca ayuda de sus colegas de la universidades (Bernstein, 1982).

Durante la Segunda Guerra Mundial, la especialidad clínica en psicología adquirió un importante desarrollo, ya que no sólo se requerían instrumentos de evaluación e investigación desde las fuerzas armadas, sino que también, era tremendamente necesaria la tarea de los psicólogos clínicos, ya que en esos momentos a los psicólogos no se les permitía realizar ningún tipo de tratamiento psicológico (Hersen Bellack, 1989).

Aunque se empleaba a muchos psicólogos en las fuerzas armadas, en los centros de recepción para seleccionar y clasificar al personal militar, eran pocos los psicólogos profesionales que se empleaban activamente para el trabajo clínico intensivo; a causa del número cada vez mayor de individuos que necesitaban cuidado psicológico y rehabilitación, siendo el número tan limitado de médicos disponibles para este tipo de trabajo, el papel del

psicólogo clínico recibió un impulso extraordinario (Garfield, 1979). Ya que después de la segunda Guerra Mundial, se recurrió de nuevo a los psicólogos clínicos para el tratamiento de millares de veteranos víctimas de agotamiento y fue entonces cuando los psicólogos lograron que se les aceptase ya en forma definitiva como terapeutas (Kendall, 1988).

Es importante mencionar, que esta época, para quienes eran psicólogos clínicos antes de la Guerra, les dio la oportunidad de afirmar y ampliar sus funciones, pero debemos recordar que eran la minoría; ya que la mayoría de los psicólogos de este tiempo tenían una orientación académica o de investigación y para ellos, la desesperada necesidad que el ejército tenía de psicólogos clínicos significó el primer contacto con problemas clínicos concretos (Bernstein, 1982).

Cabe señalar que los primeros psicólogos clínicos habituados ya a pensar como científicos y a usar los métodos de laboratorio, utilizaron estos sistemas en los problemas clínicos; el éxito obtenido fue irregular, pero la tradición de investigación que aportaron quedó establecida y fue creciendo en el nuevo campo, hasta el día en que la psicología clínica fue aceptada como una profesión cuyos expertos investigan y valoran los conocimientos

que se van adquiriendo en los aspectos clínicos de la conducta humana y en las formas de cambio del comportamiento (Bernstein, 1982).

- Como se ha podido observar, en cualquier caso, es evidente que el campo de la psicología clínica se ha desarrollado rápidamente durante los últimos años y que se le ha rendido el debido reconocimiento cada vez más, por sus aportaciones al estudio y tratamiento de problemas de adaptación humana (Garfield, 1979).

Por lo tanto, se considera que la psicología clínica es una área aplicada de la psicología general, que se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a una comprensión del carácter único de una persona (cliente, paciente, consultante o como se le quiera llamar) que se encuentre en dificultades, y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada tanto para sí misma como para las personas que constituyen su marco de referencia social (Pérez. 1981).

CAPÍTULO 2.

CAMPOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Es importante resaltar, que a pesar de que la psicología clínica ha luchado por mantener un lugar reconocido por las labores realizadas, no se puede negar que todavía se encuentra en desarrollo, ya que existen problemas aun en discusión que comprenden cuestiones sobre las condiciones de apelación a un psicólogo, la responsabilidad clínica, la división de trabajo en relación con la función, y el mejor modo de aprovechar a los terapeutas como recurso escaso; por tanto, el modo en que se resuelvan éstos y otros problemas determinará algunas de las características de la psicología clínica (Harre-Lamb, 1986).

Con el paso del tiempo se ha observado que la psicología clínica no es estática, sino que está en constante movimiento, es decir, en una constante adquisición de conocimientos. Haciendo un poco de historia, no se debe

olvidar que la psicología clínica fue quien hizo progresar el estudio de la patología, pues a principios de este siglo surgió como una disciplina, ya que hasta entonces los psicólogos se dedicaron a los problemas de diagnosticar y a tratar a los pacientes recluidos en hospitales para enfermos mentales. Algo que resalta en los inicios, es que la psicología clínica adoptó del psicoanálisis y de otros antecedentes históricos la estrategia analítica que lógicamente parecía más adecuada para tratar la conducta patológica: dicha estrategia es el método de estudio de caso. Este procedimiento atiende al paciente o cliente individual e intenta obtener de su historia los datos pertinentes a los problemas que tenga (Sandler-Davidson, 1977) . Se ha observado que el trabajo clínico se encuentra estrechamente asociado a una cierta estructura y a una cierta evolución de la sociedad en el campo de los valores, en cuanto a la apreciación y tratamiento de los comportamientos calificados de anormales. La década de los treinta fue considerada la época más restringida para la psicología clínica, ya que el campo de acción estaba limitado a dos aspectos: 1) a pruebas de inteligencia y personalidad; considerando, que la enseñanza debería, por tanto, reservarse para los maestros, y el tratamiento para los psiquiatras y el asesoramiento de carácter social para los trabajadores sociales; 2) el segundo campo de acción

limitado es el de la investigación acerca de individuos con padecimientos mentales.

Otra de las restricciones de esta época era la conceptual, pues anteriormente se creía que la psicología clínica preparaba consejeros profesionales, los cuales utilizaban métodos científicamente desarrollados para probar y orientar a las personas en diversas áreas sobresalientes para la adaptación personal; posteriormente estos profesionales, comprobaron que eran capaces de proporcionar ayuda al individuo para resolver problemas de educación y de aptitudes vocacionales, de adaptación familiar y social, de condiciones laborales y de otros aspectos vitales.

Se considera que la psicología clínica se mantuvo en favor de una posición intermedia e inclinada hacia una orientación científico-profesional más abierta, además de que para su formación se conjugaron afinidades que contribuyeron para su formación: por una parte se habla de que la psicología fomentó el entrenamiento del uso de normas; mientras que el conocimiento psicológico se empleó para su trabajo profesional; el aspecto clínico se conjugó en el intento de comprender a la gente en su complejidad natural y en sus continuas transformaciones de adaptación; el aspecto

científico contribuyó para lograr objetividad y precisión en su actividad profesional; finalmente el aspecto profesional es una afinidad más en la formación de la psicología clínica, ya que se conjugan importantes servicios humanísticos al asistir a personas, grupos sociales y comunidades en la solución de problemas psicosociales y en el mejoramiento de su forma de vida. Se considera que la psicología clínica constituye una parte firme de la psicología en la que se integran métodos científicos y servicios profesionales para desarrollar nuevos y eficaces patrones teóricos, de evaluación e intervención, cuya finalidad es la comprensión de las reacciones y conducta de los seres humanos y, asimismo, la solución de los trastornos de personalidad (Kendall, 1988).

2.1. ACTIVIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Al abordar el campo de la psicología clínica, se observa que se distinguen dos actitudes, las cuales se diferencian a través de las actividades de cada una: la primera es la del clínico aplicado.- donde los aspectos intuitivos y artísticos de las actividades del clínico aplicado sugieren atributos y valores diferentes de aquellos que son considerados como fundamentales en la investigación científica.

Las actividades del clínico aplicado, según Pérez (1981), son las que a continuación se mencionan: 1) su tarea consiste en observar y tratar el caso individual en un contexto en el que la conducta del sujeto se encuentra influida por una multitud de variables poco específicas; 2) la situación del sujeto exige atención inmediata, poco importa la validez científica de las operaciones realizadas o de las explicaciones propuestas; 3) el conocimiento científico es utilizado sólo parcialmente o en combinación con la experiencia del clínico; 4) las decisiones tomadas por el clínico tienen repercusiones sobre varias personas, lo cual aumenta su responsabilidad social e imposibilitan el aislar su acción de la vida del sujeto.

La segunda actitud en el campo de la psicología clínica es la del clínico investigador.- quien por su parte muestra objetivos y valores prácticamente opuestos a los del clínico aplicado, ya que considera como fundamentales las verificaciones empíricas y las metodologías rigurosas que impliquen controles adecuados; se considera que las principales actividades del clínico investigador son las que a continuación se citan: a) la atención se focaliza en una clase preseleccionada de eventos (variables dependientes) definidos y medidos con la mayor precisión posible; b) manipula planificadamente una o varias clases definidas de eventos (variables independientes) por

operaciones objetivas, medibles y repetibles, con el fin de examinar su relación con el fenómeno estudiado; c) aísla tales manipulaciones y medidas de otras fuentes de influencia; d) toma en cuenta las características de los sujetos, eventos, definiciones, medidas y manipulaciones, para que sea posible evaluar la generalidad de los resultados.

En el campo de acción, la psicología clínica, ha logrado recibir autorización como profesión independiente de psicoterapia y valoración psicológica, lo que ha originado colocaciones en internados clínicos en donde se aprende psicoterapia, diagnóstico y pruebas psicológicas bajo supervisión; de esta forma los psicólogos obtienen a menudo capacitación especializada para aplicar pruebas psicológicas, efectuando de la misma forma terapias de conducta y cognoscitivas (Goldman, 1989). Cabe señalar que el modelo "Boulder" de adiestramiento, tuvo una importante participación en el campo de aplicación de la psicología clínica, ya que es el encargado de fomentar destrezas científicas críticas y prácticas; gran parte de este adiestramiento está dedicado a la estadística, la teoría del aprendizaje, diseño de investigación, etc., asimismo se recibe de sus instructores constante énfasis sobre las virtudes de un enfoque obstinado y riguroso, en relación con el asunto psicológico (Rimm, 1980).

Con el paso del tiempo, la práctica de la psicología clínica se ha visto profundamente influida por los avances tecnológicos, los cambios en las normas morales y sexuales, las diversas oportunidades vocacionales, los nuevos métodos educativos y médicos, los cambios en la distribución de la población y las modificaciones en la estructura de la comunidad y la familia (Kanfer-Phillips, 1980).

A partir de los avances e influencias que ha tenido la psicología clínica, se ha considerado que los campos de aplicación de la misma son diversos y extensos como se ha observado en hospitales psiquiátricos o generales, en centros de salud comunitarios o en departamentos de asistencia social, en centros para discapacitados mentales o físicos y para otros grupos con necesidad de apoyo, como los son los grupos de geriátricos, de drogadictos o epilépticos; o bien en centros de asesoramiento de todo tipo, así como en establecimientos de investigación y en departamentos oficiales; de esta forma la energía que se distribuya entre las diversas funciones estará determinada, en parte, por el grado en que cada país ha sido capaz de desarrollar sus servicios psicológicos dentro de un servicio oficial de salud o en la práctica privada (Harre-Lamb, 1986).

2.2. ROLES ESPECÍFICOS DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

Con los avances y práctica de la psicología clínica, se puede mencionar que los campos de la misma son diversos y variados, por lo cual hablaremos de cinco departamentos específicas donde si se define dicho rol:

1.- Una de estas áreas es la escolar, ya que prácticamente todos los niños pasan la mayor parte del tiempo en vigilia, en la escuela; siendo este lugar donde los maestros se convierten en personas potencialmente claves para la promoción de una adaptación positiva y para prevenir la mala adaptación; trabajando como asesor en un sistema escolar, y con profesores individuales en problemas específicos, el psicólogo clínico puede tener un impacto mucho mayor, que trabajando con un pequeño número de clientes individuales.

2.- La segunda área es la administrativa, en donde se ha observado que con el número cada vez mayor de centros comunitarios de salud mental, y con una actitud algo mas tolerante y permisiva sobre quiénes pueden

administrar tales centros comunitarios de salud mental, se ha dado un manifiesto en el porcentaje de psicólogos que dirigen clínicas o centros, llevando la responsabilidad de administrar importantes programas estatales y federales de salud mental, y que inclusive dirigen hospitales estatales para enfermos mentales. Es notorio que en estos lugares el personal que tiene mayor contacto con los pacientes son los ayudantes, las enfermeras prácticas, los voluntarios y otros; de esta forma el psicólogo se apoya de esta gente, desempeñando el papel de consultor y educador, influyendo notablemente con sus conocimientos para que se establezca un ambiente más propicio para el trabajo terapéutico, así como para las interacciones entre pacientes y personal.

3.- En cuanto al área de investigación ofrece una gran variedad de actividades profesionales, incluyendo la oportunidad de llevar a cabo una verdadera investigación científica con todo lo que implica la misma.

4.- En lo que respecta al área clínica, se maneja el entrenamiento que se imparte al psicólogo, para trabajar con familias, dependencias sociales y otras instituciones de la comunidad que contribuyen a la solución de problemas clínicos; asimismo se diagnóstica y se tratan problemas de

personalidad que no son de indole médica, además de que su esfera de interés y experiencia puede estar en la planificación y en la conducción de investigaciones exploratorias (Sarason, 1975).

5.- Como quinta área tenemos la de enseñanza, en la cual se participa dando cursos, a nivel de pregrado o postgrado sobre psicología anormal, introducción a la psicología clínica (psicoterapia o modificación de conducta), o cualquier otro nombre que se le dé a la intervención clínica, etc.; En cuanto a las técnicas de enseñanza son las tradicionales: clases, sesiones de discusión, demostraciones, laboratorios, investigación de campo, etc. La tarea de la psicología clínica, en lo que respecta a la enseñanza es particularmente difícil y delicada, ya que exige un buen equilibrio entre la dirección del alumno y el desarrollo de su independencia; sin embargo, no toda la enseñanza que hacen los psicólogos clínicos se enmarca en el contexto académico, ya que mucha de su actuación didáctica se hace en la práctica misma de la profesión, en cursos prácticos o didácticos para internos de especialidad médica, psicológica u otras, para trabajadores sociales, enfermeras, ayudantes, ministros, oficiales de policía, personas que se dedican a la prevención de suicidios, carceleros, maestros, administradores, ejecutivos, educadoras, abogados, dentistas, y muchos

otros grupos, cuyas capacidades pueden aumentar considerablemente si desarrollan un conocimiento más completo de los aspectos psicológicos (Bernstein, 1982).

CAPÍTULO 3.

HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD PUBLICA.

Es de suma importancia el retomar lo que es la asistencia social, ya que los datos y conocimientos que se tienen de ella en nuestro país parten desde la época antigua, donde se mantenía una asistencia social integral que cubría las necesidades del hombre desde su nacimiento hasta su muerte; la evolución de la asistencia social en México, ha acompañado desde su origen al proceso de consolidación de la nacionalidad, en la que los diversos esfuerzos (en otro tiempo de beneficencia, hoy de participación y cambio) tienden a alcanzar el desarrollo con justicia social.

En el siglo XV, las sociedades indígenas mantenían para los desvalidos una asistencia de apreciable amplitud, pues completaba las necesidades de esas personas en las diversas etapas de su vida; durante la época de la colonia, la asistencia al necesitado se desarrolló en base a la caridad cristiana. En el siglo XVIII se encuentra la primera concepción de lo que es una "casa de

cuna", cuando Fernando Ortiz Cortéz, funda un establecimiento destinado al amparo de personas en extrema necesidad, siendo autorizado por el rey de España Carlos III, con la condición de que fueran protegidos especialmente los niños expósitos. En el año de 1523, se crea en Texcoco la primera escuela para niñas, la cual es considerada como el primer servicio asistencial instaurado. En 1532, Vasco de Quiroga funda en Santa Fé, la primera casa de niños expósitos e inicia con ellos, el adiestramiento en trabajos que les fueran útiles para su subsistencia; al ser designado arzobispo en Michoacán, funda hospitales para atender problemas de salud inmediatos. El 2 de noviembre de 1566, Fray Bernardino de Alvarez, funda el hospital de San Hipólito para enfermos mentales.

Con las leyes de reforma y la creación del registro civil, se da lugar a los primeros actos de la beneficencia pública y como consecuencia, de la asistencia social. El año de 1861, marca la etapa en la que se deja al margen la caridad cristiana y se inicia la beneficencia pública; en este año el presidente Benito Juárez la adscribe al gobierno del Distrito Federal, creando la dirección general de fondos de beneficencia y exceptúa de toda contribución los bienes afectos al propio fondo.

Es hasta el 7 de noviembre de 1899, cuando el presidente Porfirio Díaz decreta la primera ley de beneficencia privada, independientemente de las asociaciones religiosas y pasa a ser vigilada por el poder público; en 1920, el gobierno reorganiza la beneficencia pública, asignando en su totalidad, los productos de la lotería nacional.

El 24 de enero de 1929, se constituyó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia como asociación civil, presidida por la esposa del entonces presidente de la república, Lic. Emilio Portes Gil, para prestar asistencia, brindar apoyo, protección y amparo a los niños de escasos recursos en nuestro país; su función principal era distribuir desayunos entre los menores que concurrían a la asociación o que asistían diariamente a las escuelas en donde se administraban los desayunos, que complementaban la dieta de la niñez mal alimentada.

La Secretaría de Asistencia Pública perduró hasta el 18 de octubre de 1943, fecha en la que se fusionaron sus actividades con las del departamento de salubridad pública.

3.1. CAMBIOS EN LAS SIGLAS DE LA INSTITUCIÓN.

Con el transcurso del tiempo, las actividades de la asociación de protección a la infancia se extendieron en propósito y esfuerzos, debido a lo cual el 31 de enero de 1961, se creó por decreto presidencial un organismo descentralizado denominado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I.N.P.I.), con personalidad jurídica y patrimonios propios, cuya organización permitió afrontar las necesidades crecientes de los servicios otorgados por la Asociación de Protección a la Infancia, Asociación civil; el I.N.P.I. concibió sus servicios como instrumento de apoyo a la niñez y a la familia.

Posteriormente, el 15 de julio de 1968, se creó mediante decreto publicado en el diario oficial de la federación del 19 de agosto del mismo año, otro organismo denominado Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.), afín de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y explotación de menores.

El 24 de octubre de 1974, se expide el decreto por el cual se reestructura la organización del I.N.P.I. ampliando sus objetivos y atribuciones,

procurando el desarrollo integral y afectivo de la niñez, llevando a cabo labores de promoción del bienestar social en los aspectos de: cultura, nutrición, médico, social y económico.

Dado el incremento de los servicios que demanda la niñez mexicana y su familia el 30 de diciembre de 1975, el ejecutivo federal, publica el decreto por el que se reestructura la organización del I.N.P.I. dando origen al Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (I.M.P.I.), mediante el cual se formaliza la extensión del bienestar social a la familia, lo que en la práctica, ya se venía realizando.

Considerando que tanto la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (I.M.A.N.), como el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (I.M.P.I.), tenían objetivos comunes, se estimó conveniente que sus programas se realizaran sin duplicaciones ni interferencias, a través de un solo organismo; es así como se crea mediante el decreto del 10 de enero de 1977, una institución descentralizada, con personalidad jurídica y patrimonios propios, denominada Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (D.I.F.E.M.), ampliando así sus

funciones y su ámbito de acción; además de tener como objetivo principal promover el bienestar social del país.

Ahora hablaremos del aspecto municipal, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia propuso durante la administración del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, a los sistemas estatales del D.I.F. el establecimiento e integración de los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.), considerando conveniente que los programas de asistencia social del municipio se racionalizaran y desconcentraran, encomendándose a una entidad eficiente bajo la denominación de "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia" sujeto a la orientación y normatividad del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.

El 22 de febrero de 1985, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente Secretaría de Salud), cuyos objetivos eran: cuidar a la niñez, disminuir la mortalidad y lograr mejores generaciones para México, sin descuidar la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, aumentar la capacidad de los trabajadores, de la familia y de la comunidad con carencias.

En el año de 1994 por iniciativa del entonces gobernador del Estado de México Lic. Emilio Chuayfet Chemor, se propuso a los H. Ayuntamientos la descentralización de los 122 sistemas municipales de la entidad, operando hasta la fecha 76 sistemas con esta figura jurídica, los 46 restantes han autorizado por los medios correspondientes su descentralización estando pendiente su autorización por la legislatura del Estado, para que inicien operativamente su función como sistemas descentralizados.

3.2. ESTRUCTURA GENERAL DE D. I. F.

El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, se encuentra sustentado en su estructura por el D.I.F. NACIONAL, Sistemas D.I.F. ESTATALES y Sistemas D.I.F. MUNICIPALES.

El primero determina y difunde la normatividad para la ejecución de los programas de asistencia social; promueve la prestación de los servicios de asistencia; coordina, asesora, supervisa y evalúa la operación de los programas en los D.I.F. Estatales; coordina la participación de instituciones públicas y privadas que otorgan servicios de asistencia social.

El segundo organiza, opera, supervisa y evalúa la participación de servicios de asistencia social en el estado respectivo; coordina la participación de organismos a fines; asesora, coordina, supervisa y evalúa la operación de los programas en los Sistemas Municipales, de acuerdo a los lineamientos de los programas institucionales estipulados por el D.I.F. Nacional.

El tercero, opera los programas institucionales indicados por el D.I.F. Estatal y coordina la participación de los organismos públicos y privados que presten servicios de asistencia social en su comunidad.

Se considera que el compromiso del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Nacional, Estatal y Municipal, es dar respuestas amables y oportunas, a los que solicitan el servicio; readecuar el funcionamiento y la oferta institucional para la incorporación plena al desarrollo de los grupos vulnerables, por lo cual es de suma importancia conocer las bases jurídicas para la asistencia social, con lo cual se complementa la función y el compromiso de D.I.F.

Las bases jurídicas de D.I.F. a nivel nacional se sustentan en:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 4).
- Ley General de Salud.

- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

Las bases jurídicas de D.I.F. a nivel estatal se sustentan en:

- Constitución Política del estado Libre y Soberano de México: La constitución nos habla de que el Estado adopta el Sistema de gobierno republicano representativo y popular, reconociendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa, al municipio libre. El Estado como entidad jurídica, constituye una persona moral capaz de derechos y obligaciones. El Estado asume la representación jurídica del municipio en todos los asuntos que deban tratarse y resolverse fuera del territorio del mismo Estado.
- Ley de Salud del estado de México.
- Ley de Asistencia Social del Estado de México.
- Ley orgánica de la Administración pública del Estado: La presente ley tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de la administración pública, central y paraestatal del Estado. Las dependencias del Ejecutivo y los organismos auxiliares a los que se refiere el Art. 40 de esta ley deberán conducir sus actividades en forma

programada y con base en las políticas prioridades y restricciones que establezca el gobierno del estado, para el logro de los objetivos y metas de los planes de gobierno.

Las bases jurídicas de D.I.F. a nivel municipal se sustentan en:

- Decreto No 10 de fecha 15 de julio de 1985, en el que se expide la ley que crea los organismos públicos descentralizados de asistencia social de carácter municipal, atendiendo a sus necesidades socioeconómicas.
- Decreto No 20 con el que se reforma la ley que crea los organismos públicos descentralizados de asistencia social de carácter municipal denominados "Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia".

3.3. BENEFICIOS QUE FOMENTA LA INSTITUCIÓN (D. Y. F.)

Es así, como la creación y existencia de los organismos públicos descentralizados de asistencia social, de carácter municipal denominados "Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia", tienen como

principal objetivo "promover acciones encaminadas a la protección de la infancia, la integración y la asistencia de la familia, asimismo la asistencia social". A partir de entonces los Sistemas Municipales cuentan con objetivos de asistencia social y beneficio colectivo; tales como: a.- Asegurar la atención permanente a la población marginada; b.- Promover los mínimos de bienestar social y el desarrollo de la comunidad; c.- Fomentar la educación escolar y extraescolar; d.- Coordinar las tareas que en materia de asistencia social realicen otras instituciones del municipio; e.- Proporcionar la creación de establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos y de los minusválidos sin recurso; f.- Prestar servicios de asistencia jurídica y de orientación social a los menores, ancianos y minusválidos sin recurso; g.- procurar la adecuación de objetivos y programas del sistema municipal, a través de acuerdos, convenios o cualquier figura jurídica, encaminados a obtener el bienestar social.

El Sistema D.I.F.E.M. establece la normatividad, lineamientos y directrices que permiten dar seguimiento de la población que participa en los beneficios a través de seis grandes áreas de atención: 1) Servicios Médicos, 2) Servicios Nutricionales, 3) Servicios Comunitarios, 4) Servicios Jurídicos, 5) Servicios Asistenciales, y 6) Servicios Educativos.

Asimismo con el propósito de cumplir con los cometidos institucionales encaminados al desarrollo del bienestar social se plantea la necesidad de establecer estructuras de organización interna para los sistemas municipales, considerando tres factores fundamentales:

- 1.- A partir de 1994, la organización de los sistemas municipales D.I.F. responde a la necesidad de operar como organismos públicos descentralizados, habiéndose sometido a la aprobación de los H. Ayuntamientos, adoptando esta figura jurídica para los 122 sistemas municipales.
- 2.- Considerando el aspecto territorial, la ubicación de los municipios urbanos, presenta una problemática diferente a la que se observa en los municipios rurales. Por esta razón, los sistemas municipales se ven en la necesidad de adoptar una estructura operativa que permita implantar programas que responden a las necesidades de la población que lo demanda.
- 3.- Un factor de suma importancia es el relativo a las participaciones que los H. Ayuntamientos destinan a la prestación de asistencia social, misma que depende del monto presupuestal asignado al municipio; de acuerdo a esta distribución de recursos, el sistema está en posibilidad de estructurar su

organización contando con el personal y las áreas estrictamente necesarias para brindar asistencia social.

3.4. DESCRIPCIÓN DEL ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN.

Retomando lo antes expuesto, podemos mencionar que el D.I.F., organizacionalmente hablando, está constituido de la siguiente manera: Se inicia con lo que es la Junta de Gobierno, en donde participan el presidente municipal y el director de D.I.F. en compañía con otros personajes pertenecientes al municipio. La presidencia de la institución está representada por la esposa del presidente, siendo ella la que mantiene contacto con el patronato de promotores voluntarios (quienes realizan su labor social, buscando donaciones y apoyo económico para la institución); la dirección es la encargada de verificar que todo se lleve y se cumpla tal y como está destinado.

La Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, está compuesta por el área jurídica, área de psicología y área de Trabajo Social, asimismo por la Clínica del Maltrato, la cual se encarga de verificar o descartar el maltrato o descuido existente hacia determinado menor o menores. También forman

parte de Procuraduría los asuntos relacionados con la Casa Hogar (en donde se alberga a menores con problemas de índole legal ,niños abandonados, desamparados, maltratados o en Estado de orfanda). La Tesorería se encarga de distribuir los recursos financieros que están destinados para las necesidades de la institución.

En la coordinación de servicios comunitarios y asistenciales operan diferentes programas institucionales, dirigidos a mejorar la asistencia social del municipio.

En la coordinación de servicios médicos (administrativamente hablando) se encuentra el consultorio médico, odontológico, psicológico, optometrista, así como el laboratorio y el centro de rehabilitación y educación especial.

La coordinación de servicios nutricionales, proporciona raciones alimenticias a la comunidad, tratando de mejorar el nivel nutricional de las familias de escasos recursos ayudando a combatir la desnutrición en la población infantil.

La coordinación de servicios educativos proporciona asistencia educativa a la población infantil inicial y preescolar, a través de programas basados en criterios técnico-pedagógico, los cuales son emitidos por la

Secretaría de Educación Cultura y Bienestar Social, que coadyuven al desarrollo integral del niño.

En la coordinación de servicios asistenciales se llevan programas y acciones para brindar asistencia y protección a menores, cuya situación lo requiera, asimismo vigilar que se proporcione una atención integral a los menores, priorizando a las comunidades marginadas.

Los consultorios psicológicos fueron creados para brindar atención al municipio, priorizando a las comunidades marginadas que no cuentan con seguridad social, las principales funciones son: a) dar consultas de carácter psicológico; b) brindar orientación a la población con el fin de disminuir posibles alteraciones emocionales o mentales en el individuo; c) realizar pláticas de promoción y prevención de la salud mental; d) participar en las reuniones de capacitación organizadas por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado de México (D.I.F.E.M.).

En la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, el área de psicología está compuesta por tres psicólogos (siendo este el lugar de mi actividad laboral) y el coordinador de área; aquí las funciones son similares, sin embargo, algunas distan de otras, por ejemplo se puede hablar de: 1) la

consulta interna y 2) la consulta externa; en la primera se apoya al área de jurídico, ya sea para problemas familiares, de pareja e individuales, así como valoraciones que son requeridas (en su mayoría) para juzgados, en los diferentes juicios que se realizan (pensión alimenticia, divorcio, pérdida de la patria potestad, cuidados provisionales, etc.) de igual forma se apoya al área de Trabajo Social cuando remiten a personas con problemáticas similares a las ya mencionadas. En la segunda se proporciona el servicio a la comunidad que lo solicita, así como a menores que son canalizados de escuelas primarias, secundaria o preparatoria, brindando apoyo, orientación, valoración y algunas veces (cuando el tiempo lo permite) se realiza el diagnóstico y se llega ocasionalmente al tratamiento; asimismo se realizan pláticas preventivas con la comunidad acerca de la higiene mental. Administrativamente hablando se realizan informes diarios, semanales y mensuales. Esporádicamente se concertan reuniones de área y escasamente reuniones con todas las áreas que corresponden al departamento de psicología.

Cabe resaltar y mencionar que se esperaría que la labor del psicólogo estuviera regida por lineamientos o formas de trabajo establecidos; sin

embargo, depende básicamente de los lineamientos y de la formación teórica de cada uno de los psicólogos que laboramos en D.I.F. ECATEPEC.

CAPÍTULO 4.

PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA CLÍNICA.

La psicología clínica no surge de la nada, ni por arte de magia; por el contrario, y tal como su nombre lo indica, en el curso de una historia relativamente breve (menos de cien años), surge al tener que asimilar múltiples interacciones con otras profesiones, y viendo surgir nuevos problemas para los cuales no estaba preparada para afrontar (Pérez, 1981). De esta forma los diversos acontecimientos, algunos dentro del mismo campo de la psicología y otros en las áreas a fines, han contribuido de alguna manera al desarrollo histórico de la psicología clínica, siendo precisamente de estos antecedentes tan especiales de donde ha brotado la psicología clínica como una disciplina profesional especializada dentro de la psicología general; que debido a su desarrollo tan especial ofrece una contribución muy distinta al trabajo psicológico aplicado que ninguna otra disciplina parecida puede igualar completamente (Garfield, 1979).

4.1. CARACTERÍSTICAS DEL PSICÓLOGO.

Se menciona que la actividad tradicional del psicólogo clínico tiene impresa las siguientes características: a) observar y tratar a un solo individuo, en donde el comportamiento del paciente está sujeto a la influencia simultánea de las diferentes variables no controladas, en el mejor de los casos sólo se puede estudiar un pequeño segmento del comportamiento, lo cual facilita únicamente información limitada y parcial como base para el tratamiento; b) las necesidades del paciente demandan acción inmediata, aunque no se disponga de explicaciones o de operaciones de valor científico, las decisiones del psicólogo clínico se basan en datos objetivos o en conjeturas disciplinadas y dependen, también, de la consideración de aquellas fuerzas sociales que han llevado al paciente a solicitar tratamiento; c) el conocimiento científico pertinente se emplea a la par o combinado con las experiencias personales del psicólogo clínico y con información que no se ha derivado, o no se ha integrado con la psicología científica; la indagación, que lleva a cabo el psicólogo clínico hace que las respuestas emocionales de un paciente se conviertan en interacciones personales específicas. Dicha indagación está orientada, por ejemplo, por la observación casual de sus

propias reacciones y las de otros; d) las decisiones del clínico pueden lograr gran alcance y un impacto inmediato en muchas personas, de esta forma, él debe tener un alto grado de responsabilidad social y valorar constantemente objetivos y métodos en términos de su efectividad y de sus consecuencias sociales. Por todo lo expuesto, se menciona que el psicólogo clínico no puede aislar su intervención entre la vida del paciente y otras muchas influencias que también afectan al sujeto, por lo cual con frecuencia debe colaborar con los miembros de otras profesiones, adaptar sus predicciones y soluciones a las realidades del paciente y reconocer los aspectos económicos, políticos, sociales, médicos y legales que ejercen control sobre el comportamiento del paciente. (Kanfer y Phillips, 1980).

Las características antes mencionadas, al tomarse en cuenta pueden ser de utilidad, sin embargo se ha observado que su éxito depende básicamente del contexto teórico del psicólogo, ya que en los diferentes enfoques teóricos existentes, estas características pueden tomar otro matiz para su propia utilidad. por lo tanto tendríamos que iniciar con la definición de la función del psicólogo clínico, la cual a su vez esta sujeta a los lineamientos que establezca la institución o empresa en que labore; de no ser este el caso, el

psicólogo clínico está al libre albedrío de utilizar el enfoque teórico que más le funcione o al que este más apegado.

4.2. ENFOQUES UTILIZADOS EN PSICOLOGIA CLÍNICA.

A continuación se describirán las características mas sobresalientes de los principales enfoque utilizados en psicología clínica.

A partir de la Primera Guerra Mundial, se agudizan los conflictos entre los médicos y los psicólogos, a causa de las definiciones de los roles y los estatus respectivos; pero, más importante que esto, es la aparición de diversos enfoques psicológicos que se confrontan abiertamente y que sientan las bases para la aparición de una psicología más sólidamente estructurada. En el campo clínico propiamente dicho, la influencia freudiana se hace decisiva y sus ideas acerca del origen psicológico de muchas anormalidades comportamentales se imponen a través de todo el mundo occidental (Pérez, 1981). Se considera que uno de los conceptos más importantes e influyentes de Freud fue el que se refiere a los determinantes inconscientes del comportamiento. Para llegar a comprender al paciente y sus dificultades personales, era indispensable ir al fondo de lo que éste

voluntariamente confesaba acerca de sí mismo. De esta forma el analista debía explorar debajo de la superficie para descubrir las fuerzas dinámicas y complicadas de motivación que explicaran la conducta sintomática del paciente; además, al explorar estos aspectos de la personalidad, escondidos hasta ahora, el psicoanalista descubría nuevos modos de concebir la naturaleza tan compleja de las motivaciones humanas y de los factores asociados con la represión de deseos e impulsos que tenía su origen desde las primeras etapas del desarrollo del individuo; también se descubrió que el tratamiento psicológico de estos problemas era cuestión muy complicada, y una buena parte del trabajo se dirigía a mejorar el procedimiento psicoterapéutico. Así se consideró que el psicoanálisis llegó a ser una teoría investigadora de la personalidad a la vez que un método de psicoterapia (Garfield, 1979).

En el enfoque psicoanalítico, el terapeuta debe cumplir algunas condiciones dentro del tiempo que dure la sesión terapéutica; ello, con la finalidad de volver consciente lo inconsciente mediante una interpretación, tratando de ser neutral y objetivo, no imponiendo sus juicios morales a la persona, evitando la imposición de sus propias necesidades y deseos en las verbalizaciones y la conducta de un paciente; ya que se supone que el

sentirse seguro bajo estas condiciones permite al paciente describir cada vez más sus conflictos reprimidos (Davison, 1974).

Otro enfoque importante es el conductual, el cual es definido como una orientación clínica general para la solución o modificación de problemas emocionales y conductuales, identificada filosóficamente como un enfoque experimental del estudio de la conducta humana (Castanedo y Cols. 1993). Siendo así, como la conducta desadaptada se considera fundamentalmente como el resultado de: a) una incapacidad para aprender las conductas o las aptitudes adaptativas necesarias tales como el llegar a establecer relaciones interpersonales satisfactorias; b) el aprendizaje de respuestas desadaptadas o ineficaces, en este caso la conducta desadaptada se toma como el resultado de un aprendizaje defectuoso, y se define en términos de respuestas específicas observables. Desde el punto de vista del conductista, la terapia debe abocarse a cambiar conductas específicas, es decir. a eliminar las reacciones indeseables y a promover el aprendizaje de las reacciones deseables (se ha desarrollado varias técnicas de modificación de conducta basadas en la aplicación sistemática de los principios de aprendizaje). Ha sido notorio que el enfoque conductista ha sido proclamado por su precisión y objetividad, por la riqueza de investigaciones que ha generado y por su

eficacia demostrada en el cambio de conductas específicas; el enfoque conductista especifica qué tipo de conducta debe cambiarse y cómo hacerlo, y permite que se evalúe objetivamente la efectividad de la terapia a través de los niveles de logros de las metas planteadas.

Un enfoque que ocupa un lugar preferente entre los más utilizados, es el enfoque cognitivo-conductual, el cual surge de las mismas necesidades para su aplicación, ya que de acuerdo al marco de referencia del conductismo original que postula el punto de vista del estímulo-respuesta, todo lo que se necesita para cambiar una conducta es el cambio de estímulos en el medio; pero dado que los individuos, al ser diferentes, pueden evaluar los estímulos de diferentes maneras, y por tanto, pueden reaccionar a ellos de diferente forma. siendo así, como los terapeutas orientados en esta dirección conductista empiezan a reconocer la necesidad de tomar en cuenta los procesos cognoscitivos o verbales del individuo, que ocurren entre el estímulo y la respuesta y que ayudan a determinar cuál fue realmente la respuesta; siendo estos los llamados procesos de mediación del individuo. El clínico puede modificar estos procesos por medio de la modificación de los enunciados para sí mismo, producidos por el individuo, es decir, por medio de las verbalizaciones de lo que él o ella pueden estar

experimentando, que no es otra cosa que la verbalización de los procesos de mediación (Coleman, 1988).

En este enfoque, la estrategia básica para el tratamiento de respuestas relevantes al cuadro de conflictos que presenta el individuo (cliente), consiste en entrenar sistemáticamente a un cliente a distinguir o discriminar entre "hechos" y "creencias" como elementos del mundo circundante que tienen el poder de determinar estas conductas. Para llevar a cabo esto, el terapeuta se apoya en cuatro pasos: a) analiza minuciosamente las situaciones causales o funcionales con las respuestas, haciendo énfasis en los componentes cognoscitivos, identificando los "errores" cognoscitivos que caracterizan la experiencia del cliente (errores de magnificación o minimización de aspectos negativos y positivos); b) se le demuestra al cliente, con suficientes ejemplos emanados de situaciones interpersonales analizadas, cómo estos errores cognoscitivos operan de manera consistente, distorsionando la relación con la realidad; c) se alienta la elaboración por parte del cliente, de nuevas conclusiones de la experiencia pasada y presente; se trata de hacer objetiva la responsabilidad del propio cliente en cuanto a generar situaciones de distinto tipo en sus interacciones con la gente y las cosas; d) se ejercitan las nuevas habilidades del cliente en

situaciones que va enfrentando, estableciendo contrastes entre los diferentes modos de interpretación de lo que ocurre. Bajo este enfoque, el cliente aprende a introducir pruebas de realidad cuando la situación es ambigua en cuanto a derivar una interpretación (Castanedo y Cols. 1993). Finalmente el enfoque cognitivo-conductual es considerado como una forma de psicoterapia orientada a fortalecer la confianza del individuo en sí mismo (Alatorre y Cols.- 1992).

Cuarto enfoque: el enfoque humanista es considerado como una disciplina que atiende los problemas vigentes del individuo, sus sentimientos y sus reacciones ante los hechos de la vida. Esta perspectiva no trata de hallar explicaciones objetivas de su conducta, ni hacer una evaluación exhaustiva de sus experiencias infantiles y motivos inconscientes; más bien procura desarrollar en él un mayor conocimiento de su modo de ser y la capacidad para comunicarse, así como ayudarlo a ver la vida con optimismo (Alatorre y Cols. 1992).

Davison (1974), menciona que el enfoque humanista se basa en la introspección dado que supone que la mejor manera de modificar la conducta desordenada es que el individuo adquiera una mejor consciencia

de sus motivaciones y necesidades; asimismo se refiere que el terapeuta de este enfoque se pueda apoyar en cinco aspectos: 1.- debe adoptar una perspectiva fenomenológica, prestando atención a la manera en que el hombre concibe los eventos y no a los eventos mismos; 2.- una persona sana tiene consciencia de su conducta, es decir, se le debe hacer consciente de las propias motivaciones; 3.- el hombre es por naturaleza bueno y eficaz; no se vuelve ineficiente y trastornado sino cuando ocurre un aprendizaje defectuoso; 4.- la conducta es intencional y está dirigida hacia fines específicos, ya que las personas no responden pasivamente a la influencia del ambiente o a sus impulsos internos; 5.- el terapeuta no debe tratar de manipular los eventos dejando a un lado al individuo, es decir, debe facilitarle al paciente una toma de decisiones independientes. Se afirma que la principal herramienta terapéutica en este enfoque, es la aceptación, el reconocimiento y la aclaración de los sentimientos, es decir, el terapeuta debe tener una comprensión empática de su cliente, para poder percibir y comprender plenamente sus sentimientos.

De acuerdo al contexto en el que se lleven a cabo las actividades del psicólogo clínico, se podría definir el marco teórico empleado, ya que como hemos repetido no sólo depende de la formación del psicólogo, sino de las

propias necesidades de la institución en la que labore. Tal es mi caso, que de acuerdo a las exigencias de la comunidad para la cual se trabaja, se ha podido definir que el marco teórico mas viable es el cognitivo-conductual, que como es bien sabido tiene sus bases en el conductismo; el desarrollo teórico de estos enfoques y el tener las características de la población nos ha llevado a la resolución de dar orientación y tratamiento (cuando el tiempo y la institución lo permite), bajo este enfoque, ya que con otro marco de referencia, estaríamos hablando de condiciones de trabajo diferentes, las cuales permitieran el pleno desarrollo del mismo, lo que implicaría tiempo y espacios diferentes.

CAPÍTULO 5.

PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LA INSTITUCIÓN.

El Sistema Municipal D.I.F. está conformado por diferentes áreas, las cuales desarrollan sus actividades de acuerdo al organigrama que está establecido. De esta forma se pretenden cubrir las principales necesidades de la población que más lo requiere. Una de estas áreas es la de psicología, la cual representa el pilar más grande que se puede dar entre la comunidad marginada y los profesionales que lo practican.

Al hablar de lo que es el trabajo del psicólogo dentro de la institución (D.I.F.), se considera conveniente determinar las labores de cada área, así como su principal objetivo de acuerdo a los programas y lineamientos establecidos.

El área de psicología se compone de un total de 13 psicólogos, los cuales están ubicados en las diferentes ramas de trabajo de acuerdo al organigrama o a las propias necesidades de la institución. Esta ubicación es la siguiente:

5.1 PROGRAMAS ESPECIALES

*** En la institución (D.I.F.), son varios los programas que se llevan a cabo, algunos de ellos son los llamados programas especiales, del cual se desprenden el Programa del Desarrollo Integral del Adolescente (D.I.A.) y el de Menor en Situación Extraordinaria (M.E.S.E.).

En el primer programa (D.I.A.), las actividades que desarrollan los dos psicólogos que aquí laboran son las que se mencionan a continuación:

- Proporcionar información a padres y maestros sobre la formación y desarrollo del adolescente.
- Promover actividades recreativas y culturales, para el adolescente.
- Promover el desarrollo integral del adolescente por medio de pláticas y talleres.
- Proporcionar atención, orientación y tratamiento al adolescente, así como a los miembros de la familia del mismo.

En el segundo programa (M.E.S.E.), laboran dos psicólogos desarrollan las siguientes actividades:

- Ofrecer atención a menores en situaciones o zonas receptoras.
- Apoyar a menores en su medio de trabajo.
- Canalizar a los menores captados y a sus familias, haciendo el seguimiento de los menores que se encuentran en la delegación tutelar y en la escuela de menores infractores.
- promover a través de los programas institucionales la consolidación del núcleo familiar.

Es importante hacer mención que estos dos programas actúan básicamente en primer y segundo nivel, es decir, a nivel de prevención y promoción, dándole mas peso al primer nivel.

*** Otra área de trabajo en el D.I.F. es el centro de Rehabilitación e Integración Social (C.R.I.S.), en donde también existe una rama de trabajo para el psicólogo siendo este el lugar de trabajo de dos de ellos; en este centro son dos los psicólogos que desempeñan su trabajo de la siguiente manera:

- Valoración psicológica.
- Valoración intelectual.

- Valoración del aprendizaje.
- Orientación familiar.
- Orientación psicológica.

*** La Escuela de Educación Especial (E.E.E.), ocupa un sitio importante en el organigrama institucional de D.I.F., dados los servicios que proporciona a la comunidad, específicamente el servicio de psicología, el cual consiste en lo que realizan los dos psicólogos que están dentro del centro:

- Proporcionar atención y orientación a los familiares de niños con alguna disfuncionalidad.
- Aplicación de estimulación temprana.
- Aplicación de pruebas psicométricas para valorar el estado emocional y mental de los menores.
- Proporcionar diagnóstico y tratamiento a los distintos problemas psicológicos, previa valoración.

*** En el área de Servicios Médicos están implícitas cinco ramas de trabajo del departamento de psicología; con lo cual se pretende dar atención psicológica en el municipio, priorizando a las comunidades marginadas que no cuenten con seguridad social.

*** En la clínica de servicios médicos se cuenta con un sólo psicólogo, el cual realiza las actividades que a continuación se mencionan:

- Dar consultas de carácter psicológico.
- Mejorar el servicio para dar una mejor atención adecuada al público en cuanto a calidad.
- Llevar a cabo una valoración más completa de los pacientes que así lo requieran.
- Capacitación continua al personal para aumentar el bagaje de conocimientos de los psicólogos, así como material bibliográfico.
- Tratar de disminuir al máximo la deserción de pacientes.
- Aumentar la cantidad y calidad de distintivos (batas).

- Pláticas sobre educación para la salud mental en comunidad y entre el personal, para prevenir y orientar sobre los problemas con mayor incidencia.
- Tratar las psicopatologías, para lograr una estabilidad psicológica y emocional de los pacientes.

Es conveniente resaltar que estas actividades se retomaron del programa interno de la institución (D. I. F.).

***En el Departamento de Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, los psicólogos que laboran tienen distintos objetivos y lineamientos, ya que deben ir acorde al programa o área de trabajo.

*** En Casa Hogar, donde se alberga a los menores en situación de orfandad, abandono, o que estén implicados en alguna investigación previa; aquí la función del psicólogo consiste en:

- Reintegración de menores al núcleo familiar.
- Prevención del maltrato.
- Capacitar y sensibilizar al personal en el trato de los menores.
- Apoyar a la adaptación de los niños a su familia y a la Casa Hogar.

- Atender los trastornos de tipo psicológico de los menores que ingresan a la Casa Hogar.
- Capacitar al personal.
- Llevar a cabo el programa de estimulación temprana.
- Realizar actividades recreativas para los menores.

Cabe señalar que estas actividades se retomaron del programa interno de la institución (D.I.F.).

*** En la Clínica del Maltrato, donde se reciben y atienden llamadas anónimas y personales sobre maltrato o descuido hacia menores; el psicólogo realiza principalmente:

- Orientación y tratamiento psicológico a la víctima y al agresor.
- Brindar atención al niño y la familia que sean objeto de maltrato psicológico.
- Canalizar al menor (previa valoración de la situación) a la instancia correspondiente.

*** En el área de Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, son dos los psicólogos que llevan a cabo las actividades que se han establecido en esta área.

Como principal objetivo se tiene el proporcionar atención psicológica, a la población que lo solicite, la atención será a través de un grupo interdisciplinario (abogados, trabajadoras sociales y psicólogos) lo que originará mayor productividad en los individuos, en sus diferentes formas de vida (a nivel individual, familiar, laboral, escolar, etc.). Asimismo se pretende otorgar apoyo adecuado a los menores con problemas de lento aprendizaje y retardo en el desarrollo. Así como realizar programas de prevención de las diferentes problemáticas que se presentan (maltrato al menor, farmacodependencia, problemas de pareja, desintegración familiar, agresiones sexuales, etc.).

Específicamente las actividades que realizan los psicólogos en esta área son las que se mencionan a continuación:

- Dar consultas de carácter psicológico.
- Atender a personas canalizadas por el departamento de jurídico que requieran el servicio.

- Determinar la custodia de los menores de familias desintegradas.
- Decretar maltrato, descuido y abandono de menores canalizados por el departamento de trabajo social.
- Atención psicológica a personas violadas.
- Canalización de pacientes farmacodependientes, alcohólicos y de educación especial a las instituciones especializadas.
- Orientación vocacional y psicológica de adolescentes.
- Proporcionar el servicio de educación especial a niños con lento aprendizaje.
- Platicas de prevención, en cuanto a salud mental, a la comunidad.
- Establecer nexos con las instituciones de salud, para poder canalizar pacientes.
- Proporcionar la atención psicológica a toda la demanda.

Los objetivos y actividades antes mencionadas se retomaron del programa (interno) anual del departamento de psicología de la institución D.I.F.; sin embargo, se ha podido observar que estos distan de lo que realmente se

realiza en este departamento, ya que de las mencionadas solo se realizan las siguientes:

- Dar consultas de carácter psicológico.
- Atender a personas canalizadas por el departamento jurídico, que requieren el servicio.
- Atención psicológica a personas violadas (esto se da cuando Ministerio Público solicita el apoyo).
- Pláticas preventivas a la comunidad (sobre violencia intrafamiliar, abuso sexual, los derechos de los niños, maltrato, etc.).
- proporcionar la atención psicológica a toda la demanda.

Ahora que se han retomado las actividades reales del psicólogo en el departamento de Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, resulta factible determinar o mencionar como son remitidos los pacientes que se atienden en el área de psicología. Básicamente los pacientes son canalizados por el departamento jurídico y trabajo social.

Este tipo de canalización es para personas que requieren el servicio, sin embargo, aquí existe un inconveniente, ya que los que deciden si necesitan

o no el servicio son los abogados y no los psicólogos, situación que origina una infinidad de conflictos, pues para los abogados la gente necesita asistir con el psicólogo, independientemente de que su problemática sólo sea jurídica. Esta situación es para los abogados una estrategia que utilizan cuando no saben que hacer o que decirle a su cliente, provocando que la mayoría de las personas canalizadas al área de psicología, lleguen sin disposición ni compromiso para poder establecer el contrato terapéutico. Además de que cuando se obtiene algún logro con los pacientes o se determina algo de común acuerdo con ellos, los abogados ignoran o hacen a un lado el pronóstico o sugerencia del psicólogo, ya que están enfrascados en la idea de que su área tiene más jerarquía, por el hecho de tratar asuntos jurídicos por lo que un psicólogo o trabajador social no tiene por que indicarle la línea de trabajo a seguir.

El trabajo que se realiza entre el área de trabajo social y psicología es compartido, además de que se cuenta con el auxilio de esta área para la realización de visitas domiciliarias o estudios socioeconómicos. En este aspecto se ve claro que las visitas a la casa resultan menos artificiales que en el consultorio, ya que dan la posibilidad de verificar ciertos datos y dan la posibilidad de que el psicólogo cuente con una gama relativamente objetiva

de informes diversificados que le proporcionarán una perspectiva más amplia que la que sus propios instrumentos le permiten obtener (Pérez, 1981).

Como se ha podido observar el trabajo del psicólogo en la institución D.I.F. es variado y extenso, sin embargo, también se logra visualizar que para la buena realización del mismo se tiene que contar con un plan de trabajo y sobretodo el que se respete la opinión del psicólogo y que no sólo se tome como un simple "comentario" lo que el puede referir en un momento determinado.

CAPÍTULO 6.

COMPARACIÓN DEL PERFIL TEÓRICO CON EL PERFIL PRACTICO DEL PSICÓLOGO.

Al hablar de la psicología clínica, es importante mencionar que esta disciplina nació con el siglo, pero su desarrollo ha sido particularmente acelerado en los últimos 25 años, estimulado tanto por el interés de la sociedad en encontrar respuestas apropiadas a sus necesidades, como por el propio avance de la psicología, que ha abierto múltiples y novedosas vías de acceso a la interpretación y manejo de los problemas del comportamiento humano (Pérez, 1981). De esta forma la práctica de la psicología clínica, se ha visto profundamente influida por los avances tecnológicos, los cambios en las normas morales y sexuales, las diversas oportunidades vocacionales, los nuevos métodos educativos y médicos, los cambios en la distribución de la población y las modificaciones en la estructura de la comunidad y de la familia (Kanfer y Phillips, 1980).

Es importante mencionar que al hablar del papel del psicólogo clínico, resulta conveniente enfatizar qué campo laboral se está trabajando; por lo que en el presente capítulo se abordaran las diferentes actividades que realiza el psicólogo clínico en el departamento de "Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia", perteneciente a la institución municipal denominada D.I.F. Ecatepec.

Se da por hecho que cada institución o empresa cuenta con programas propios y establecidos; sin embargo aquí encontramos lo opuesto ya que en la institución (D.I.F.), se carece de programa alguno para el área de psicología, por lo que cada uno de los psicólogos (específicamente hablando de los que laboran en el departamento de Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia) trabaja al libre albedrío, es decir, se trabaja de acuerdo al marco teórico o corriente teórica que practiquen. Se esperaría que el coordinador de área elaborará un programa interno, sin embargo, el intento sólo se queda un "seudoprograma", el cual contiene las supuestas actividades a realizar por los psicólogos, actividades que muchas de las veces se desconocen, ya que como se mencionó anteriormente el trabajo es libre y sin límites; por lo tanto este "seudoprograma", además de carecer de fundamentos no se puede desarrollar como tal, optándose por trabajar de

acuerdo a los elementos que se tienen o con los que se pueda contar en determinado momento.

Se ha hecho referencia de que el trabajo que se realiza en el departamento, es interdisciplinario y que las tres áreas aquí actuantes (trabajo social, jurídico y psicología) tienen cada uno su lugar y forma de trabajo, el cual como tal se respeta, pero aquí el trabajo psicológico se ve desvalorizado y en muchas ocasiones desechado, pues los reportes psicológicos para el área jurídica, en una infinidad de ocasiones sólo se quedan en el "archivo".

Algunos de los casos de personas que solicitan el apoyo y asesoría del área jurídica y posteriormente son remitidos al área psicológica, se ven envueltos en un determinado juicio (ya sea de pensión alimenticia, divorcio necesario, pérdida de la patria, etc.). El psicólogo tiene que remitir su valoración ya que en un tiempo determinado es solicitada por el juez, así como la declaración del mismo para tomar en cuenta el aspecto psicológico de la persona afectada. De esta forma los psicólogos clínicos proporcionan una ayuda útil a los representantes de la ley, al ayudarles a determinar los factores psicológicos, interpersonales y conductuales que contribuyen a aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona sea, haya sido o

pueda ser violenta o competente; la valoración del psicólogo está constituida por la información obtenida por medio de la evaluación o investigación que lleva a cabo (Kendall, 1988)

En lo que respecta al apoyo dentro, el área de Trabajo Social, consiste en la atención a personas que solicitan el servicio para sus diversas problemáticas que presentan, asimismo las canaliza a psicología cuando se escatima conveniente; además de apoyar con visitas domiciliarias y estudios socioeconómicos.

Es importante retomar que en las consultas de carácter psicológico existen dos modalidades de trabajo:

- 1) La atención a personas remitidas por el área de Trabajo Social y Jurídico; así como las personas de la comunidad en general, denominada consulta externa.
- 2) La atención a pacientes subsecuentes (es decir, pacientes que tiene ya un seguimiento).

El trabajo que se realiza con las personas que llegan al área de psicología es el siguiente:

- Se inicia con una entrevista (abierta), con la cual se obtiene datos personales y antecedentes del problema actual (anamnesis); asimismo se aplica la Historia Clínica correspondiente.

En esta primera sesión en muchas de las ocasiones sólo se trata de dar orientación psicológica (de acuerdo a la problemática existente o por la misma necesidad de la institución) a las personas; de igual forma se canalizan a la institución adecuada conforme a la problemática que presentan, esta canalización puede ser con el neuropsiquiatra, el centro psiquiátrico, o la escuela de educación especial.

Cabe señalar que en una gran mayoría de los asistentes al área de psicología solo reciben atención en el nivel de orientación, ya que el tiempo para la atención terapéutica (tratamiento), es limitado e inconcluso pues las sesiones se ven contaminadas por ruidos externos e interrupciones continuas y difíciles de controlar, a esto se aúna la ubicación de los cubículos de trabajo, los cuales están interconectados entre sí, siendo difícil la aplicación del tratamiento adecuado a la problemática presente.

- En la segunda modalidad de trabajo, se refiere al seguimiento (consulta subsecuente) de los pacientes, donde se intenta dar tratamiento

individual, de pareja o familiar; se habla en términos de intento, pues como ya se mencionó el contexto no es el adecuado para ello y aún cuando el terapeuta ha logrado adecuarse o adaptarse al contexto, los pacientes no pueden hacerlo o les produce ansiedad y angustia el intentarlo. Como se puede observar las condiciones de trabajo han contaminado y obstruido el desempeño psicológico, originando que ocasionalmente se logre llegar al tratamiento, ya que en varias ocasiones sólo se llega al diagnóstico (cuando el tiempo y las condiciones lo permiten). Teóricamente existen diferentes ideologías al respecto, básicamente sobre la aplicación y funcionalidad de los conocimientos del psicólogo clínico en cuanto al tratamiento (según su postura teórica); se habla de que un individuo puede ser remitido al psicólogo clínico si algún aspecto de su modo de pensar, sentir, actuar constituye un problema en sí mismo, causa un problema o, cambiándosele, puede mejorar un problema; siendo así como la función precisa del psicólogo, en el tratamiento varía, según su orientación teórica o el contexto en el que actúa (Harre-Lamb, 1986). De igual forma se considera que la funcionalidad del psicólogo clínico consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian, depriman y ocasionen un conflicto general. Asimismo se menciona que para que el

psicólogo clínico pueda desempeñar su actividad, es necesario que cuente con conocimientos y habilidades sobre manejo de entrevista, aplicación e interpretación de pruebas, diversas teorías sobre el comportamiento humano y su desarrollo, así como de las manifestaciones y funcionamiento de las conductas normal y anormal (Urbina, 1989).

Después de leer, analizar y conocer esta ideología teórica surgen varias interrogantes: ¿qué pasa con todos estos conocimientos cuando no se cuenta con una línea de trabajo como lo es en la institución en cuestión?, ¿de qué forma se pueden aplicar estos conocimientos, si como ya se mencionó no se cuenta con el apoyo ni con los elementos necesarios para ello?, ¿qué pasa con el perfil del psicólogo clínico?.

En cuanto a las problemáticas del trabajo del psicólogo en esta institución, en el departamento de Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, se ha carecido (y se carece) del coordinador de área, por consiguiente esto nos conlleva a una infinidad de problemas, por ejemplo se tienen que elaborar informes diarios, semanales y mensuales (los cuales tendría que elaborar el coordinador); de igual forma se tiene que elaborar material didáctico para periódicos murales y para las diferentes pláticas que se imparten en la

comunidad; también se tiene que brindar el apoyo a jornadas de trabajo, realizando pláticas, dando orientación y atención primaria; algo que es obligatorio y que no se pide como “apoyo” es el acudir a los eventos organizados por la institución, estos eventos son: el día de reyes, día del niño, día de las madres, día del anciano, así como también se tiene que acudir a los informes presidenciales (municipalmente hablando).

Las actividades antes mencionadas carecen de base para poderlas realizar, ya que no están dentro de las funciones del psicólogo (y más del clínico), sin embargo como lo señale en párrafos anteriores, el psicólogo se tiene que adecuar, además de cubrir las necesidades de la institución independientemente de que tengan o no tengan que ver con su desempeño teórico.

Para empezar a analizar esta problemática, tendríamos que definir si los psicólogos tenemos claro, cual es el papel que desempeñamos o debemos desempeñar en el lugar de trabajo en el que nos encontramos, ya que básicamente el rol del psicólogo es preguntarse qué hace, para qué lo hace y a pedido de quien; sin embargo, se observa que el psicólogo habitualmente queda preso de la ideología de sujeto (lugares asignados que los sujetos

vienen a ocupar y que les preexisten) de ese discurso producido en el proceso de sujeción y del desconocimiento que implica acerca de la estructura que lo ha determinado. Se deduce que se llega a esta situación cuando una vez egresados (los psicólogos) deben empezar a pagar una especie de formación complementaria privada para convertirse en productos aceptables por el mercado, o bien vender su fuerza de trabajo en cualquier tarea que no tiene, a veces, nada que ver con su profesión y que sobretodo el ejercicio de un rol diferente al asignado, conduce al riesgo de un optimismo desconectado de la realidad; pero finalmente esto se puede concluir en que es una decisión ideológica: el quedarse o abandonar el campo de trabajo específico (Braunstein, 1975).

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

En los últimos años, el campo de la psicología ha crecido tan rápidamente y en tantas direcciones que cualquier intento por describir en una o dos frases, resultaría demasiado vago o demasiado estrecho; sin embargo, todas las especialidades de esta disciplina parten del estudio y comprensión de la conducta. Tal es el caso de la psicología clínica, la cual estudia (exclusivamente) la conducta humana (Bernstein, 1982).

Como se ha podido observar a lo largo del presente trabajo, la psicología clínica abarca una infinidad de campos de acción, con lo cual se ha logrado que la etiqueta que se tenía en un inicio de “profesionistas de segunda clase” y “técnicos en pruebas psicológicas”, se haga a un lado para reconocerla finalmente como una profesión dedicada a la salud mental y a la sumisión de roles específicos en algunas áreas de trabajo.

Una de las herramientas que considero primordial para el trabajo del psicólogo clínico es: el marco de referencia, el cual en una infinidad de ocasiones se adecua al medio de trabajo, siempre y cuando existan

lineamientos, programas u objetivos a seguir, y que determinan finalmente el perfil del psicólogo; tomando en cuenta que de ser todo lo contrario, es decir, de no existir parámetros a seguir se tiene que trabajar con lo que se cuenta y con lo que sea rescatable, lo que nos conlleva a no cubrir el perfil que se requiere para el área o puesto que se esté desempeñando, con esto recordaremos que en el capítulo número seis se habló de las carencias existentes en algunas instituciones, como lo es en D. I. F. donde los psicólogos que aquí laboramos hemos caído en una inadecuación de labores, ya que como es bien sabido, el no contar con espacios adecuados, material necesario (papelería , pruebas psicometricas), nos ha llevado a una aplicación inadecuada de los conocimientos adquiridos durante nuestro periodo estudiantil y sobretodo de las experiencias adquiridas anteriormente, puesto que no se cuenta con el apoyo necesario para poder desempeñar el rol de psicólogo en esta institución, y yo creo que esta situación no es nueva pues el autor Braunstein en el año de 1975, ya mencionaba que “ cuando no existe una aceptación y apoyo total para el psicólogo, éste cae en la situación de realizar tareas que no tienen nada, que ver con su profesión y que sobretodo el ejercicio de un rol diferente al asignado, conduce al riesgo de un optimismo desconectado a la realidad” . Como se puede observar

estamos hablando de más de 20 años, en donde ya se conocían las condiciones de trabajo del psicólogo clínico y las cuales, a pesar del transcurrir de los años no cambian en nada; pero lo más sorprendente es que en este tipo de institución municipal (D. I. F.), donde la principal ideología que se maneja es la de proporcionar y brindar una ayuda de primera clase a la comunidad mas necesitada, se está realizando todo lo contrario; pues como se mencionó en el capítulo número seis, son pocas las actividades que lleva a cabo el psicólogo clínico, en donde se puede observar que realmente no se esta auxiliando ni apoyando a la comunidad.

En cuanto a la larga trayectoria de la psicología clínica, para poder contextualizar el tema de la canalización de pacientes, retomaremos el contexto de la primera guerra mundial, en donde existía una condición especial y única: el conflicto eterno entre médicos y psicólogos, cual era este conflicto, el de determinar que profesión tenia mas peso en cuanto a jerarquía, situación que traspolamos al contexto de la institución, en donde se visualiza este mismo conflicto, pero ahora aquí entre abogados y psicólogos. Este conflicto se da bajo las mismas condiciones, las de jerarquía, el querer determinar que área tiene mas peso en todo el departamento; sin embargo, los abogados lo han tomado como una rivalidad

de jerarquías en cuanto a “ poder” , lo que los psicólogos simplemente han tomado como una situación de delimitar un poco las bases del trabajo, ya que ha existido el conflicto de la canalización de pacientes, los cuales en mas de una ocasión llegan al área de psicología sin saber el motivo de ello o simplemente sin la disposición de querer participar con el psicólogo, lo que nos lleva a un conflicto más, pues sin la disposición de la gente (como es bien sabido) no se puede trabajar, cuando además de todo, lo que ellos solicitaban era una solución para su problema, pero una solución jurídica, no psicológica, ya que a pesar de saber que necesitan el servicio, muchas veces no cuentan con los recursos económicos para poder cubrir “ la cuota de recuperación”, que solicita la institución. Finalmente esto nos puede dar una idea de lo que Kanfer y Phillips (1980) han considerado “la realidad del paciente”, afirmando que: el ser canalizado a otro servicio (especialmente al de psicología) en contra de su voluntad; situación que no logra ayudar ni apoyar a la gente que solicita el apoyo de la institución, sino todo lo contrario, pues solo logra generar angustia, inseguridad , desconfianza y sobretodo incredibilidad de los servicios que ofrece la institución.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Así en primera instancia lo que se sugeriría, sería que las autoridades correspondientes para realizar los cambios pertinentes en la institución, retomaran el organigrama existente de la institución, para que apoyados del departamento de recursos humanos, logren determinar el perfil del profesional que ha de cubrir los puestos asignados. además de que contando con profesionistas con experiencia en el trabajo de la institución se podría sacar un mejor provecho, y como su lema lo dice: “ para la comunidad mas desprotegida” y “ necesitada”.

En segunda instancia el delimitar y establecer objetivos a seguir, es decir, el determinar el programa (que además lo solicita D. I. F. E. M.), que marque de acuerdo al perfil y condiciones de trabajo, los planteamientos mas convenientes para el apoyo oportuno que requiere la comunidad.

En tercera instancia, ya que se ha conseguido determinar el perfil del profesional y delimitar los objetivos a seguir, se podría hablar del espacio físico de trabajo, el cual se pretendería fuera el idóneo, para ello; así como la simple necesidad de un lápiz y una goma para la aplicación de una prueba, y hasta la prueba misma.

Como cuarta instancia, ya que se ha delimitado el perfil del psicólogo, es mas fácil y conveniente determinar la batería de pruebas a utilizar y no permitir que exista una generalidad de las mismas, ya que se ha establecido un perfil, objetivos , programas y espacios adecuados a ello; no solo se ve manifiesto en el departamento de Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, sino en otros departamentos, pertenecientes a la institución y que en determinado momento frustran y limitan a los profesionistas que aquí laboramos.

B I B L I O G R A F Í A .

- 1.- ALATORRE y Cols. Psicología Clínica. Trillas. México.
1975.

- 2.- BERNSTEIN Douglas A. Introducción a la psicología clínica.
McGram-Hill. México. 1982.

- 3.- BRAUNSTEIN Nestor A. Psicología: Ideología y Ciencia.
Siglo XXI. Madrid. 1975.

- 4.- CABALLO Vicente Manual de psicología clínica aplicada.
Siglo XXI; Madrid; 1991.

- 5.- CASTANEDO y Cols. Seis enfoques psicoterapéuticos.
El Manual moderno. México. 1991.

6.- COLEMAN James C. , BUTCHER James A. , CARSON Robert

C.. Psicología de la anormalidad y la vida moderna. Trillas.

México. 1988

7.- DAVISON Gerald C. Psicología de la conducta anormal.

Limusa. México. 1974.

8.- GARFIELD Sol S. Psicología clínica (Estudio de la

personalidad y la conducta). el manual moderno.

México. 1979.

9.- GOLDMAN Howard H. Psiquiatría General. El manual

moderno. México. 1989.

10.- HARRE Rom, LAMB Roger. Diccionario de psicofisiología y

clínica . Paidós. Barcelona. 1986.

- 11.- HERSEN Michael, BELLACK Alan. Métodos de investigación en psicología clínica. Desclee D' Brouwer. Bilbao. 1989.
- 12.- KANFER Frederick H.- PHILLIPS Jeanes J. Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. Trillas. México. 1980
- 13.- KENDALL Philip C. Psicología clínica. Limusa. México. 1988.
- 14.- MATERIAL INEDITO DE D.I.F. (1)
- 15.- MATERIAL INEDITO DE D.I.F. (2)
- 16.- MATERIAL INEDITO DE D.I.F. (3)

- 17.- PEREZ Gómez Augusto. Psicología clínica (Problemas fundamentales). Trillas. México. 1981.
- 18.- RIMM David C. Terapia de la conducta (técnicas y hallazgos). Trillas. Argentina. 1980.
- 19.- RIVERA Ofelia, ESQUIVEL Fayre, LUCIO Emilia. Integración de estudios psicológicos. Diana. México. 1987
- 20.- SANDLER Jack , DAVIDSON Roberts. Psicopatología. Trillas. México. 1977.
- 21.- SARASON Irwin G. Psicología Anormal. Trillas. México. 1975.

- 22.- URBINA Soria Javier. El psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. U.N.A.M. Facultad de psicología. México. 1989