

11241  
2 ej. 21

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

T E S I N A

"EXPECTATIVAS DE LOS ESTUDIANTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA U.N.A.M."

*Victor Ruiz Velazco*

ASESOR CLÍNICO: DR. VICTOR RUIZ VELAZCO

*Nora Cavazos*

ASESOR ESTADÍSTICO: DRA. NORA CAVAZOS

8  
*Alm*

*Adela T.*

*Adela T.*  
DRA. MA. DEL CARMEN GARCÍA URIBE  
CURSO UNIVERSITARIO DE PSIQUIATRÍA.

FALLA DE ORIGEN

*all*  
20-1-89

1985



## **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.

# I N D I C E

	PÁGINA
- ANTECEDENTES.....	1
I.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL .....	1
II.- LA PSICOTERAPIA EN MEDICINA.....	3
III.- EXPECTATIVAS DEL PACIENTE ANTE LA TERAPIA.....	7
- IDENTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA..	15
- MÉTODO Y DISEÑO EXPERIMENTAL.....	15
- RESULTADOS .....	23
- CONCLUSIONES.....	46
- BIBLIOGRAFÍA .....	48

"EXPECTATIVAS DE LOS ESTUDIANTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ  
AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE  
MEDICINA DE LA U.N.A.M.

ANTECEDENTES

I.- PROGRAMA DE SALUD MENTAL.

EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA, FUE CREADO EN EL AÑO DE 1955. ENTRE SUS FUNCIONES SE PROPONÍA BRINDAR ASISTENCIA MÉDICO-PSICOLÓGICA A LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA QUE LO REQUIRIERAN.

UNA INVESTIGACIÓN REALIZADA EN ESTE DEPARTAMENTO EN LOS AÑOS 1969-1972, DEMOSTRÓ QUE ENTRE EL 10 Y 15% DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS REQUERÍAN ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y SE ENCONTRABAN EN UNA ETAPA EN LA QUE NO LLEGABA A ELLOS LA COBERTURA MÉDICA INSTITUCIONAL DEL PAÍS, POR TAL MOTIVO, AL INAUGURARSE EL NUEVO EDIFICIO DEL DEPARTAMENTO EN 1973, EL PROGRAMA SE EXTENDIÓ A TODA LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA.

EL PERSONAL ENCARGADO DEL PROGRAMA ESTÁ ORGANIZADO PARA BRINDAR TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, CUYAS FINALIDADES SON: LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS EN LOS ESTUDIANTES Y SU RÁPIDA SOLUCIÓN, LA REALIZACIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA ALUMNOS Y PROFESORES DIRIGIDOS A LA PREVENCIÓN DE LOS DESÓRDENES EMOCIONALES, LA INVESTIGACIÓN ACERCA DE LOS FACTORES DETERMINAN-

TES DE DICHS DESÓRDENES Y DE SUS CONSECUENCIAS EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR Y EN LA DESERCIÓN, Y LA CAPACITACIÓN Y ADIES-TRAMIENTO DE PERSONAL ESPECIALIZADO EN LA ATENCIÓN DE PROBLE-  
MAS DE SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES.

EL PERSONAL QUE INTERVIENE EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL ESTÁ CONSTITUÍDO POR PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS, TRABAJA-  
DORES SOCIALES, PERSONAL ESPECIALIZADO EN LA SECCIÓN DE PSI-  
COFISIOLOGÍA Y PERSONAL DE RECEPCIÓN.

LA ATENCIÓN ES GRATUITA, SÓLO DEBEN PRESENTAR LA CRE-  
DENCIAL QUE LOS IDENTIFICA COMO ALUMNOS INSCRITOS EN LA UNAM.-  
CADA ALUMNO, DE ACUERDO AL PLAN TERAPÉUTICO, PUEDE APROVECHAR  
UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS: CONSULTA PSIQUIÁTRICA,  
CONSEJO PSICOLÓGICO, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, PSICOTERAPIA DE  
GRUPO, ESTUDIOS PSICOLÓGICOS, ESTUDIOS SOCIOECONÓMICOS, ESTU-  
DIOS NEUROLÓGICOS, ESTUDIOS ELECTROENCEFALOGRÁFICOS Y TÉCNICA  
DE BIORETROINFORMACIÓN.

ASISTEN ESTUDIANTES DE LAS DIVERSAS DEPENDENCIAS UBI-  
CADAS EN LA CIUDAD UNIVERSITARIA, Y UN PORCENTAJE REDUCIDO DE  
ESTUDIANTES DE LA PREPARATORIA Y COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDA-  
DES. LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA SON LOS QUE UTI-  
LIZAN CON MÁS FRECUENCIA ESTE SERVICIO, ESTANDO DESPUÉS DE  
ELLOS, LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA Y DE LA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES SE ENCUENTRAN ENTRE LOS

19 Y 22 AÑOS DE EDAD, SIENDO COINCIDENTE EL HECHO DE QUE CURSEN LOS PRIMEROS AÑOS DE LICENCIATURA.

PREDOMINAN NOTABLEMENTE LOS ALUMNOS SOLTEROS SOBRE LOS CASADOS, NO HABIENDO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN ESTE ASPECTO ENTRE LOS HOMBRES Y LAS MUJERES. ALGUNOS ALUMNOS SON DIVORCIADOS SOBRE TODO LAS MUJERES. SOLO UN TERCIO DE LOS ALUMNOS TRABAJA AL MISMO TIEMPO QUE ESTUDIA.

LOS DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS DETECTADOS EN LA CONSULTA DE SALUD MENTAL SON LOS SIGUIENTES EN ORDEN DE FRECUENCIA: DEPRESIÓN (27.21%), ESTADOS DE ANSIEDAD (17.97%), OTRAS NEUROSIS (9.47%), PSICOSIS (6.90%), REACCIÓN AGUDA ANTE GRAN TENSIÓN (6.42%), REACCIÓN DE ADAPTACIÓN (2.38%), ALCOHOLISMO Y FARMACODPENDENCIA (3.69%), OTROS DIAGNÓSTICOS (5.29%).

## II.- LA PSICOTERAPIA EN LA MEDICINA

LA PROLIFERACIÓN DE ESCUELAS Y SISTEMAS PSICOTERAPÉUTICAS SE EXPLICAN POR QUÉ TODOS ELLOS OFRECEN AYUDA, Y DENTRO DE CIERTOS LÍMITES, SON CAPACES DE SUSCITAR CAMBIOS EN LOS SENTIMIENTOS, LAS ACTITUDES, LOS VALORES Y LAS CONDUCTAS DE LOS INDIVIDUOS A QUIENES SON APLICADOS. A ESTOS CAMBIOS SE ATRIBUYE VALOR TERAPÉUTICO.

LA PSICOTERAPIA MÉDICA SE AJUSTA EN SU APLICACIÓN A LOS CRITERIOS SIGUIENTES:

- 1) QUIEN PRACTICA LA PSICOTERAPIA ES UN MÉDICO, LO QUE SIGNIFICA SUJECCIÓN A LAS NORMAS QUE RIGEN LOS DEMÁS ACTOS MÉDICOS.
- 2) LAS EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS QUE SE PROPONEN, ACERCA DE LA NATURALEZA DE LOS DESÓRDENES QUE SE PRETENDE CORRIGIR, NO SON INCOMPATIBLES CON LOS CONOCIMIENTOS ESTABLECIDOS POR OTROS MÉTODOS CIENTÍFICOS.
- 3) NO SE VE INCONVENIENTE EN QUE EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO SE APLIQUE SIMULTÁNEA O SUCESIVAMENTE CON OTROS RECURSOS TERAPÉUTICOS: FÍSICOS, QUÍMICOS, ETC.
- 4) LOS PROBLEMAS QUE SE ABORDAN SON LOS QUE EN ALGÚN GRADO INFLUYEN EN LA INICIACIÓN, EL CURSO Y LA EVOLUCIÓN DE DESÓRDENES Y PROBLEMAS QUE CAEN EN EL CAMPO DE LA MEDICINA.
- 5) EL MÉDICO SELECCIONA LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS MÁS ADECUADAS A LAS CONDICIONES DE CADA CASO PARTICULAR, PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, FAMILIAR, EN GRUPOS, MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, ETC.
- 6) ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO POR MEDIOS PSICOLÓGICOS SE ESTABLECE EL DIAGNÓSTICO BASÁNDOSE EN EL EXAMEN MÉDICO Y PSIQUIÁTRICO DEL CASO.
- 7) LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE SE APEGA AL MODELO DE UNA "ALIANZA TERAPÉUTICA", Y POR LO TANTO NO ESTIMULA NI LA DEPENDENCIA EXTREMA NI LA REGRESIÓN DEL PACIENTE.

- 8) EL TERAPÉUTA FIJA LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO, MANTIENE UNA DISPOSICIÓN ACTIVA EN EL PROCESO, ESTABLECE SU DURACIÓN TOTAL Y LA FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS SESIONES.
- 9) EL FOCO PRINCIPAL DE INTERÉS ES EL PRESENTE; LOS SÍNTOMAS, LAS ACTITUDES, LOS CONFLICTOS Y LAS CIRCUNSTANCIAS ACTUALES DEL PACIENTE.
- 10) LOS CAMBIOS SE EXPLICAN COMO CONSECUENCIA DE LA PUESTA EN JUEGO DE LOS RECURSOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE EN BASE AL CONOCIMIENTO MÁS REALISTA Y OBJETIVO DE SÍ MISMO, SUSTENTÁNDOSE EN LAS FUERZAS QUE OPERAN EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL.
- 11) AUNQUE EL FOCO PRINCIPAL SON LAS EXPERIENCIAS CONSCIENTES DEL SUJETO , ESTO NO EXCLUYE EL QUE SE TOME EN CUENTA SUS MOTIVOS INCONSCIENTES. COMO MARCA EXPLICATIVO-PATOGÉNICO DE ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS QUE SE CONFRONTAN, SE USAN FORMULACIONES PSICODINÁMICAS, PERO LAS EXPLICACIONES CAUSALES SE BASAN EN LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICAMENTE MEJOR ESTABLECIDOS.

DESDE 1960, WOLBERG, BELLACK, SAMALL Y BALINT, ENTRE OTROS, HAN HECHO CONTRIBUCIONES SIGNIFICATIVAS A LA TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA BREVE EN EL CONTEXTO MÉDICO. LA PSICOTERAPIA BREVE TOMA EN CUENTA LAS OBSERVACIONES ACUMULADAS POR LOS PSICOANALISTAS EN AÑOS DE TRABAJO.

SE HA SEÑALADO QUE EN LA PSICOTERAPIA, DEBEN VISUALIZARSE EN DIVERSAS CONDICIONES PATOLÓGICAS, OBJETIVOS ALCANZABLES EN CADA CASO INDIVIDUAL. LAS METAS DE LA PSICOTERAPIA SON QUE UNA PERSONA IDENTIFIQUE CON EL FIN DE CAMBIARLOS, LOS ELEMENTOS DE SU PERSONALIDAD, SUS ACTITUDES, FORMAS DE RELACIÓN Y CONDICIONES DE VIDA, QUE INTERVIENEN DIRECTA E INDIRECTAMENTE EN LA INICIACIÓN, CURSO Y EVOLUCIÓN DE SÍNTOMAS, DESÓRDENES O DESVIACIONES QUE SON PARA ÉL O PARA OTROS, MOTIVO DE SUFRIMIENTO.

EN LA PSICOTERAPIA BREVE, LA INTERVENCIÓN DEL MÉDICO PUEDE LIMITARSE A 5 Ó 6 SESIONES DE 30 A 40 MINUTOS DE DURACIÓN O BIEN EXTENDERSE HASTA 20 O 30 SESIONES. EL TRATAMIENTO TERMINA CUANDO EL PACIENTE HA MEJORADO EN SU CAPACIDAD DE MANEJAR MEJOR SUS SÍNTOMAS O SUS PROBLEMAS. EN ALGUNOS CASOS ÉSTOS PUEDEN SER ELIMINADOS DEL TODO.

EN LA PSICOTERAPIA MÉDICA SE PARTE DEL PRINCIPIO DE QUE HACER PREVIAMENTE EL DIAGNÓSTICO, ES INDISPENSABLE PARA PODER INICIAR UN TRATAMIENTO. COMO ES BIEN SABIDO, LOS DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS SE EXPRESAN POR ALTERACIONES MENTALES, SOMÁTICAS Y/O CONDUCTUALES, PERO PUEDEN NO DEBERSE A CAUSAS PSICOLÓGICAS, SINO A CAUSAS ORGÁNICAS: YA SEA PRIMARIAMENTE CEREBRALES O QUE SECUNDARIAMENTE AFECTAN AL CEREBRO. EL DIAGNÓSTICO NO SÓLO SITUÁ AL PACIENTE EN UNA CATEGORÍA NOSOLÓGICA FORMAL, SINO COMO PROPONE J. MARMOR, TAMBIÉN INCLUYE UNA EVALUACIÓN DE LAS FUERZAS INTERNAS Y EXTERNAS QUE CONTRIBUYEN A LA PATOLOGÍA Y DE LAS CAPACIDADES DEL SUJETO PARA CAMBIAR EN UNA DIRECCIÓN FAVORABLE.

### III.- EXPECTATIVAS DEL PACIENTE ANTE LA TERAPIA

LA ACTITUD DEL PACIENTE RESPECTO A LA TERAPIA ES DE MODO INEVITABLE AMBIVALENTE, Y SU VISIÓN DE ELLA ESTARÁ POR FUERZA COLOREADA POR TENDENCIAS CONFLICTIVAS. DEBE EXPERIMENTAR CIERTA ANSIA DE VIDA Y DE LIBERTAD, DESEO DE EMPEÑARSE EN ALGO DE SER Y VOLVERSE ACTIVO, PERO AL MISMO TIEMPO, SE SIENTE INCLINADO A LA PASIVIDAD, A SEGUIR ENCADENADO. SI LO PRIMERO FALTARA DEL TODO, EL PACIENTE NO ACUDIRÍA NUNCA A LA CONSULTA DEL TERAPÉUTA, PUES NO PODRÍA IMAGINAR LA POSIBILIDAD DE OTRO GÉNERO DE VIDA. Y TAMPOCO COMPRENDERÍA EN ABSOLUTO LA NECESIDAD DE LA TERAPIA; PUES ¿CÓMO PUEDE BUSCAR NADIE LO QUE NI SIQUIERA CONCIBE?. SI FALTARA LO SEGUNDO, LA PERSONA NO SERÍA UN PACIENTE, NO TENDRÍA NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA. LO QUE LA TERAPIA PRETENDE, ESTARÍA YA CONSEGUIDO.

SIN EMBARGO, EN MUCHOS CASOS EL PACIENTE APORTA A LA TERAPIA ALGUNAS TENDENCIAS RACIONALES, ESTIMULADORAS DE VIDA, QUE SE EXPRESAN EN SUS ESPERANZAS RACIONALES. EL PACIENTE ESPERA RECIBIR DE LA TERAPIA ALGO NUEVO, A FIN DE CONVERTIRSE EN ALGUIEN NUEVO TAMBIÉN, TIENE QUE HABER CIERTO NÚCLEO DE RACIONALIDAD EN ESAS ESPERANZAS; DE LO CONTRARIO, EL TRABAJO TERAPÉUTICO SERÍA IMPOSIBLE. FREUD (1922A) SUGIRIÓ QUE ENTRE LAS "CONDICIONES NECESARIAS Y SUFICIENTES PARA LA TERAPIA", FIGURABA DE MODO PROMINENTE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE DE ENTABLAR RELACIONES RACIONALES CON OTROS. POR TANTO, EN LA RACIONALIDAD DE LAS RELACIONES DEL PACIENTE CON EL TERAPÉUTA FIGURA, AÚN CUANDO SEA EN PEQUEÑA PROPORCIÓN, LA ESPERANZA DE QUE RECIBIRÁ AYUDA PARA CAM-

BIAR AUTÉNTICAMENTE, POR MUCHO QUE LA MISMA IDEA DEL CAMBIO PUEDA ATERRARLE. POR SUPUESTO, CAMBIO AUTÉNTICO QUIERE DECIR UN IMPULSO EN LA DIRECCIÓN DE LA ACTIVIDAD AUTÉNTICA MÁS BIEN QUE MANTENER LOS VIEJOS MODOS, EN FORMAS "ATRATIVAS".

HAY VARIAS RAZONES PARA LA CREENCIA DIFUNDIDA DE ESTA ESPERANZA COMÚN DE QUE LA PSICOTERAPIA PUEDE PRODUCIR O PRODUCIRÁ TAL "MEJORÍA".

LA PRIMERA DE ESTAS RAZONES ES QUE SE HA OFRECIDO AL PÚBLICO EN GENERAL UNA INFORMACIÓN PSICOLÓGICA DE UN MODELO DE HOMBRE COMO EL QUE HAN DESARROLLADO ALGUNOS PSICÓLOGOS ACADÉMICOS; LA SEGUNDA RAZÓN ES QUE SE NOTA UNA AMPLIA ACEPTACIÓN DE ESTE MODELO ENTRE LAS GENTES QUE BUSCAN AYUDA. UNA PSICOLOGÍA BÁSICAMENTE ORIENTADA EN EL SENTIDO ESTÍMULO-RESPUESTA HA INTRODUCIDO LA CREENCIA DE QUE EL HOMBRE ES ESENCIALMENTE UNA MÁQUINA, ES SUSCEPTIBLE DE SER "ARREGLADA", SIN MÁS COMO SE ARREGLA UN COCHE, Ó, COMO DICE LA EXPRESIÓN PREDOMINANTE, DE "AJUSTARLA". EL DESARROLLO DE LA TERAPIA DE RESPUESTA CONDICIONADA (SALTER, 1952) Y SISTEMAS ANÁLOGOS (WOLPE, 1958) DE LOS QUE TANTO SE HA ESCRITO EN SU DEFENSA, HA SIDO UN PRODUCTO LÓGICO DE ESA HERENCIA PSICOLÓGICA. CHEIN (1962) HA DEMOSTRADO QUE, SIN RESTAR CRÉDITO A CIERTAS APORTACIONES EFECTUADAS POR LA PSICOLOGÍA DEL ESTÍMULO-RESPUESTA, SUS MODELOS SON INCOMPLETOS E INSUFICIENTES PARA LA COMPRENSIÓN O MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

ASÍ, EL PACIENTE, POR DEFINICIÓN, ATERRADO DE SER HUMANO, ENCUENTRA CIERTO FALSO CONSUELO, EN UNA IMAGEN INHUMANA Y

EN LA ESPERANZA IRRACIONAL IRREAL, DE QUE SE HAGA DE ÉL UNA MÁQUINA MÁS EFICAZ. CON ESTA ESPERANZA, POR SUPUESTO, REVELA LO PROFUNDO DE SU PATOLOGÍA, PUES DE HECHO AFIRMA QUE ASPIRA A LA PERPETUACIÓN DE LA PASIVIDAD, QUE ESPERA PODER PERMANECER BÁSICAMENTE PASIVO, UNA MÁQUINA ACTIVADA POR UNA FUENTE DE ENERGÍA EXTERNA; QUE CONFÍA EN SEGUIR SIENDO CRIATURA, SIN CONVERTIRSE EN CREADOR, Y DE HACER ESO SIN SENTIRSE INCÓMODO. EL ASPECTO MÁS ESPERANZADOR DE CUALQUIER PACIENTE ES LA DESAZÓN QUE PADECE, PORQUE ESA ANGUSTIA POR SU AUTODESHUMANIZACIÓN INDICA QUE TODAVÍA NO HA MUERTO DEL TODO . POR ÚLTIMO, LA CREENCIA Y ESPERANZA PATOLÓGICAS DE QUE LA PSIQUIATRÍA PUEDE AYUDAR Y AYUDARÁ A UNO A ENCONTRAR LA FELICIDAD LOGRANDO EN "AJUSTE" PREDOMINA TANTO PRECISAMENTE PORQUE CALMA LAS ANSIEDADES MÁS PUNZANTES DEL HOMBRE, QUE GIRAN EN TORNO DE LOS PROBLEMAS DE LA LIBERTAD Y DE LA RESPONSABILIDAD, DEL CRECIMIENTO Y DEL CAMBIO, SIENDO ESTOS ÚLTIMOS PREDICADOS INEVITABLES DE LA LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD.

POR FORTUNA, ALGUNOS DE LOS INVESTIGADORES MEJOR PREPARADOS PARA APRECIAR LA UTILIDAD DE LAS MÁQUINAS EN LA REALIZACIÓN DE TAREAS QUE EN UN TIEMPO SE CONSIDERARON EXCLUSIVAS DEL INGENIO HUMANO, HAN AFIRMADO DE MODO INEQUÍVOCO QUE LAS MÁQUINAS NO PUEDEN HACER LO QUE ES ESENCIALMENTE HUMANO, QUE COMPARAR A LOS SERES HUMANOS CON ELLAS ES BURDAMENTE DESORIENTADOR.

RENUNCIAR A LA LIBERTAD, SIN SERIAS CONSECUENCIAS PARA EL PROPIO BIENESTAR, ES TAN TENTADOR, PORQUE EN EL ANÁLISIS FINAL ABSUELVE AL HOMBRE DE LA RESPONSABILIDAD. BUBER (1926) INSISTE EN QUE LA LIBERTAD Y LA ACTIVIDAD AUTÉNTICAS SON SINÓNIMO-

MOS, PUES LA PRIMERA REQUIERE LA ACTIVIDAD IMPLÍCITA EN LA TOMA DE RESPONSABILIDAD POR UNO MISMO Y EXTENSIVAMENTE POR NUESTROS HERMANOS.

FROMM (1941) HA TRABAJADO SOBRE EL MISMO TEMA AMPLIAMENTE Y HA COMENTADO CON FRECUENCIA LO DIFÍCIL QUE ES PARA EL HOMBRE SOPORTAR LA LIBERTAD, DEBIDO A LA RESPONSABILIDAD QUE LLEVA CONSIGO. AÚN CUANDO SU PENSAMIENTO EN MUCHOS CASOS DIFIERE DEL BUBER, TAMBIÉN FROMM MANTIENE QUE LA SENSACIÓN DE ESTAR AISLADO ACOMPAÑA CON FRECUENCIA A LA LIBERTAD.

LA EXALTACIÓN DE LA LIBERTAD ACTIVA, QUE SE REFLEJA EN LA ACTIVIDAD AUTÉNTICA Y AUTÓNOMA, SE ECHA DE MENOS, POR DESGRACIA, EN BUEN NÚMERO DE LAS IDEAS POPULARES DEL BIENESTAR EMOCIONAL Y EN LOS DESEOS CONSCIENTES DE MUCHOS PACIENTES. EN MÚLTIPLES CASOS LA REDUCCIÓN O LA AUSENCIA DE TALES ESFUERZOS HACIA LA AUTONOMÍA ESTÁ FUERTEMENTE ACENTUADA (EN ESPECIAL CUANDO EL PACIENTE SE LE "ENVÍA" A QUE "SE LE CORRIJA"). SIN EMBARGO, SI NO HAY ALGO DE ESTE ANHELO, EL CONTACTO TERAPÉUTICO ESTÁ DESTINADO AL FRACASO DESDE EL COMIENZO. LAS ESPERANZAS REALISTAS CON QUE EL PACIENTE ACUDE AL INICIARSE LA TERAPIA, ENCIERRAN TAMBIÉN LA DE ENCONTRAR A UN SER HUMANO QUE PUEDA AYUDARLE A CONSEGUIR SU LIBERTAD AUTÓNOMA Y A VOLVERSE ACTIVO, PESE A SU DISPOSICIÓN A PERMANECER INACTIVO, NO AUTÓNOMO, MAQUINAL. POR CONSIGUIENTE ES UNA ACTITUD REALISTA DEL PACIENTE ESPERAR QUE ENCONTRARÁ UNA PERSONA QUE RESPETE SU DILEMA, Y ASÍ ESCUCHE LA PRESENTACIÓN SIMBÓLICA DE LAS FACETAS DEL DILEMA, Y AYUDE AL PACIENTE A COMPRENDER PLENAMENTE LA NATURALEZA DE ELLAS.

SI LA ESPERANZA DE DESARROLLAR LA LIBERTAD DE ACCIÓN DEFINE LO QUE RACIONALMENTE ESPERA EL PACIENTE DE LA TERAPIA, SUS ANTIPASIONES IRRACIONALES SE DEFINEN CON LA ESPERANZA DE QUE NO OCURRA NADA REALMENTE SIGNIFICATIVO, ES DECIR, QUE LE SEA PERMITIDO PERPETUARSE EN SU INACTIVIDAD Y SERVIDUMBRE ESENCIALES, IMPORTÁNDOLE POCO LO PENOSAS QUE ÉSTAS SEAN. LO QUE SE SUGIERE ES QUE LA RESISTENCIA ESTÁ PRESENTE DESDE EL COMIENZO DE LA TERAPIA; EN REALIDAD ESTÁ PRESENTE AÚN ANTES DE QUE EL PACIENTE DÉ LOS PASOS INICIALES PARA ESTABLECER CONTACTO CON EL TERAPEUTA. DEBE HACERSE VER QUE LAS RAZONES PARA DICHA RESISTENCIA HAN DE BUSCARSE EN LA CREENCIA MÁS O MENOS PROFUNDAMENTE ARRAIGADA EN EL PACIENTE DE QUE NO HAY UNA ALTERNATIVA REAL A SU ACTUAL MODO DE VIDA, Y EN SU PROFUNDO TEMOR DE QUE EL TERAPEUTA LO PRIVE DE ESE ÚNICO CAMINO HACIA LA SUPERVIVENCIA, POR INEFICAZ Y LIMITADO QUE SEA. SI SER INACTIVO HA TENIDO UN VALOR DE SUPERVIVENCIA SIGNIFICANTE, ES BIEN COMPRENSIBLE QUE EL PACIENTE ESPERE QUE EL TERAPEUTA LE AYUDE A PERMANECER INACTIVO, A APRENDER MÉTODOS MEJORES Y MAYORES PARA ENGAÑARSE A SÍ MISMO, Y MÉTODOS MÁS PROBADOS DE ENGAÑAR A LOS OTROS EN ESTE TERRENO. SI SER UN CONTROLADOR AUTORITARIO DEL DESTINO DE LOS OTROS HA TENIDO SU VALOR DE SUPERVIVENCIA, NO DEBE SORPRENDER EL QUE EL PACIENTE ESPERE DEL TERAPEUTA QUE LE AYUDE A CONTROLAR A OTROS MÁS EFECTIVAMENTE Y EN FORMA ACEPTABLE POR LA SOCIEDAD; QUE LE AYUDE A DOMINAR MÁS ADECUADAMENTE A SU ESPOSA, A SU FAMILIA, A SUS COLEGAS. EN OTRAS PALABRAS, EL NÚCLEO DEL ACCESO IRRACIONAL DEL PACIENTE A LA TERAPIA ESTRIBA EN LA ESPERANZA DE QUE SU ESTILO DE VIDA NO SERÁ PERTURBADO POR LOS CONTACTOS TERAPÉUTICOS;

QUE LA ESTRUCTURA DE SU CARÁCTER PERMANECERÁ INALTERADA, PERO QUE AL MISMO TIEMPO SE ALIVIARÁ LA ANGUSTIA QUE LE PRODUCE SU CONDUCTA Y SU MODO DE RELACIONARSE CON LOS DEMÁS.

LAS ESPERANZAS RACIONALES DEL PACIENTE PROVIENEN DE SU CONOCIMIENTO PROFUNDO, AUNQUE INCONSCIENTE DE QUE FUNDAMENTALMENTE HA FRACASADO EN LA REALIZACIÓN DE SUS POTENCIALES HUMANOS CONSTRUCTIVOS, Y TAMBIÉN PROVIENEN DE LOS CONFLICTOS QUE ACOMPAÑAN A ESE FRACASO. POR ESTA RAZÓN EL PRONÓSTICO ES SIEMPRE PREFERIBLE EN CASOS COMO ÉSTE, DONDE SEMEJANTE CONFLICTO SE HALLA PRESENTE. LO CUAL ES SENCILLAMENTE UNA NUEVA FORMULACIÓN DE LO QUE SE HA DICHO MUCHAS VECES: QUE CIERTA ANGUSTIA CONSCIENTE Y DESAZÓN SON INDICACIONES PRONÓSTICAS POSITIVAS (ARIETI, 1955; FENICHEL, 1945; FREUD, 1936; FROMM-REICHMANN, 1955; WEIGERT, 1949). LA BASE DE ESTA ANTIGUA INFORMACIÓN HA SIDO MUCHAS VECES LA CREENCIA DE QUE LA INQUIETUD ENGENDRADA POR LA ANGUSTIA ESPOLEARÁ AL PACIENTE A MÁS VIGOROSOS ESFUERZOS DE AUTO-INVESTIGACIÓN DE LOS QUE PODRÍAN ESPERARSE SI NO SINTIERA ANGUSTIA.

SERÍA CONVENIENTE CONSIDERAR AQUÍ LA NATURALEZA DEL CONFLICTO ENTRE LAS NECESIDADES RACIONALES E IRRACIONALES DE ESOS PACIENTES QUE NO BUSCAN VOLUNTARIAMENTE LA AYUDA DEL PSICOTERAPEUTA. ESTE GRUPO ESTÁ COMPUESTO POR INDIVIDUOS CUYA MOTIVACIÓN VARÍA SEÑALADAMENTE; POR LO QUE ES MEJOR DISTRIBUIRLOS EN SUBGRUPOS. EN PRIMER LUGAR, ESTÁN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES PRESENTADOS A TERAPIA POR LOS PADRES Y OTRAS PERSONAS CON AUTORIDAD. EL HABERLOS TRAÍDO PUEDE DEBERSE A LO QUE TALES PERSONAS CON AUTORIDAD CONSIDERAN PROBLEMAS ESCOLARES, DE EDUCACIÓN RE-

GULAR O SOCIAL. AQUÍ SE ENCUENTRA UNO, POR SUPUESTO, CON JOVENCITOS QUE HAN CREÍDO O QUE NO HAN CREÍDO TENER DIFICULTADES EN LA VIDA; QUE PUEDEN EXPERIMENTAR O NO ALGUNA SENSACIÓN CONSCIENTE DE CONFLICTO O DE ANGUSTIA. EN LA MEDIDA QUE SIEN- TEN DESASOSIEGO RESPECTO A SU SITUACIÓN INTERNA, SU CONFLICTO Y SUS MOTIVACIONES SON, POR SUPUESTO ANÁLOGOS A AQUELLOS DEL IN- DIVIDUO ADULTO QUE ACUDE POR SÍ MISMO; SÓLO DIFIEREN EN QUE SU EDAD Y CIRCUNSTANCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES LES IMPIDEN ACUDIR POR SÍ MISMOS; EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL JOVEN PACIENTE NO TIENEN SIQUIERA CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE SERVICIOS TE- RAPÉUTICOS.

MÁS COMPLICADA ES LA SITUACIÓN EN EL CASO DE ESOS IN- DIVIDUOS, JÓVENES O ADULTOS, QUE NO CREEN QUE VIVEN LUCHANDO CON EL CONFLICTO Y LA ANGUSTIA; QUE HAN LOGRADO ELIMINAR LA CON- CIENCIA DEL DESASOSIEGO. ACUDEN A LA TERAPIA SÓLO PORQUE OTROS CREEN QUE SUS ACTOS INDICAN LA PRESENCIA DEL CONFLICTO. EN REA- LIDAD, EL PACIENTE NO TIENEN ESPERANZA ALGUNA EN LA TERAPIA PORQUE NO COMPRENDE LA NECESIDAD DE UN CAMBIO PERSONAL Y EMOCIO- NAL. TALES CASOS, POR SUPUESTO, OFRECEN UN CUADRO BASTANTE DI- FÍCIL, PUES AQUÍ LA PATOLOGÍA ES YA TAN INTENSA, Y LAS DEFENSAS PATOLÓGICAS CONTRA LA ANGUSTIA ESTÁN TAN BIEN ORGANIZADAS, QUE LA INSATISFACCIÓN DE SÍ MISMO HA SIDO ELIMINADA Y LA PERSONA NO TIENE CONOCIMIENTO DE SU TRAICIÓN A SÍ MISMA O A OTROS. SU CON- DUCTA LE PARECE RACIONAL, LÓGICA Y, DESDE EL PUNTO DE VISTA, REALISTA Y EXENTA DE CONFLICTO. ES MÁS, CABE LA POSIBILIDAD DE QUE BUENA PARTE DE LA CONDUCTA QUE INDUCE A OTROS A LLEVARLO A TRATAMIENTO ESTÁ PRECISAMENTE DESTINADA A ELIMINAR LA DESAZÓN POR COMPLETO.

ESTE CONFLICTO DE LAS NECESIDADES INTERNAS CONSCIENTE O INCONSCIENTE; EL CONFLICTO ENTRE EL IMPULSO DE PERMANECER TAL COMO UNO ES Y EL DESEO DE CAMBIO A PESAR DE TODO; Y LAS ESPERANZAS Y TEMORES ASOCIADOS A ÉL, CONSTITUYEN LA ACTITUD INICIAL CON QUE EL INDIVIDUO ACUDE A LA TERAPIA.

## IDENTIFICACION Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

DE LA DESERCIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM, UN PORCENTAJE PROBABLEMENTE ES, PORQUE TIENEN EXPECTATIVAS INADECUADAS CON RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE SOLICITAN Y PORQUE DESCONOCEN LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONISTAS QUE LA DAN.

## PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS.

- A) LOS ESTUDIANTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM, MAYORITARIAMENTE DESCONOCEN LA ATENCIÓN QUE SE DA AQUÍ, Y LA FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL QUE LA PROPORCIONA, LO QUE LES GENERA EXPECTATIVAS INADECUADAS.
- B) EN LOS ESTUDIANTES QUE TIENEN EXPECTATIVAS INADECUADAS A LA ATENCIÓN QUE SE DA EN ESTE SERVICIO HAY MÁS DESERCIÓN.

## VARIABLES

- 1) EDAD
- 2) SEXO
- 3) ESTADO CIVIL
- 4) ESCOLARIDAD
- 5) CARRERA
- 6) CONOCER SI ES REGULAR.
- 7) CONOCER SI TRABAJA
- 8) MOTIVOS DE CONSULTA
- 9) CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS Y TÉCNICAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR EN EL SERVICIO
- 10) EXPECTATIVAS DE CAMBIO
- 11) FACTORES QUE INTERVIENEN PARA QUE SE RESUELVAN SUS PROBLEMAS
- 12) TIEMPO QUE DURA LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO

- 13) PAPEL QUE ESPERA DESEMPEÑAR EN LA ATENCIÓN
- 14) LA PARTE DE SU VIDA EN QUE SE HARÁ ÉNFASIS (PASADO, PRESENTE O FUTURO)
- 15) TIPO DE EXPERIENCIAS EN QUE SE HARÁ ÉNFASIS (CONSCIENTES E INCONSCIENTES)
- 16) OTRAS EXPECTATIVAS
- 17) DESCONOCIMIENTO DE LA ATENCIÓN Y PERSONAL QUE LA PROPORCIONA
- 18) DESERCIÓN
- 19) EXPECTATIVAS INADECUADAS

#### MÉTODO Y DISEÑO EXPERIMENTAL

LA POBLACIÓN ESTÁ CONSTITUIDA POR LOS ESTUDIANTES QUE ACUDIERON POR PRIMERA VEZ A LA CONSULTA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM DURANTE UN MES.

SE SOLICITÓ LA COLABORACIÓN DE LOS PSIQUIATRAS QUE ATENDIERON A ESTA POBLACIÓN, PARA QUE EN LA PRE-CONSULTA LES APLICARAN UN CUESTIONARIO.

EL CUESTIONARIO CONSTA DE UNA PARTE PARA DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y 10 PREGUNTAS, DEJANDO RENGLONES PARA CONTESTAR. LAS PREGUNTAS FUERON CODIFICADAS POR EL INVESTIGADOR, PERO SE DEJARON ABIERTAS O SEMI-ABIERTAS PARA EVITAR PREDISPONER LAS RESPUESTAS. SE ANEXA EL CUESTIONARIO Y LA CODIFICACIÓN QUE SE ELABORÓ.

#### VALORACIÓN DE LA DESERCIÓN

ESTA SE TOMARÁ COMO TAL, CUANDO LOS ESTUDIANTES FALTEN A LAS 3 CITAS CONTÍNUAS Y POSTERIORES A LA PRE-CONSULTA.

**RECURSOS**

- MATERIALES: CUESTIONARIOS, PAPELERÍA, FOTOCOPIAS, MATERIAL BIBIOGRÁFICO, ETC.
- HUMANOS: PSIQUIATRAS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA UNAM, ASESOR CLÍNICO, ASESOR ESTADÍSTICO, PERSONAL DE RECEPCIÓN Y ARCHIVO, PERSONAL ADMINISTRATIVO.

**CRONOGRAMA**

PLANEACIÓN Y PROTOCOLO	MARZO-MAYO
CAPTACIÓN DE DATOS	JUNIO
RECuento Y TABULACIÓN	JULIO-AGOSTO
ANÁLISIS	SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE
INFORME	DICIEMBRE

**TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS POR PROPORCIONES**

TABLAS DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS  
Y DE ASOCIACIÓN VARIABLE, GRÁFICAS DE  
BARRAS SIMPLES.

**ASESORES**

ASESOR CLÍNICO: DR. VICTOR RUIZ VELASCO  
ASESOR ESTADÍSTICO: DRA. NORA CAVAZOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FECHA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD Y SEMESTRE \_\_\_\_\_ REGULAR: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

CARRERA \_\_\_\_\_ TRABAJA: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

CUESTIONARIO

1.- ¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE USTED ACUDE A ESTE SERVICIO?

.....  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.- ¿QUÉ TIPO DE PROFESIONISTAS DE ESTE SERVICIO, ESPERA USTED QUE PUEдан AYUDARLO?

.....  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.- ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS O TÉCNICAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR PARA DARLE ATENCIÓN AQUÍ?

---

---

---

---

---

4.- SI USTED DESEA CAMBIAR, ¿EN QUÉ ASPECTOS QUIERE HACERLO?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5.- AL ACUDIR A ESTE SERVICIO: ¿QUÉ FACTORES PODRÍAN INTERVENIR PARA QUE SE RESUELVAN SUS PROBLEMAS?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6.- ¿CUÁNTO TIEMPO PIENSA USTED QUE PUEDE DURAR LA ATENCIÓN QUE SOLICITA?

---

---

7.- ¿QUÉ PAPEL ESPERA DESEMPEÑAR EN LA ATENCIÓN QUE SOLICITA?

---

---

---

8.- EN ESTA ATENCIÓN, ¿EN QUÉ PARTE DE SU VIDA CREE USTED QUE SE HARÁ ÉNFASIS? : EN SU PASADO, EN SU PRESENTE O EN SU FUTURO

---

9.- ¿EN QUÉ TIPO DE EXPERIENCIAS CREE USTED QUE SE HARÁ ÉNFASIS? EN LAS CONCIENTES O EN LAS INCONCIENTES.

---

10.- ¿QUÉ OTRAS EXPECTATIVAS TIENE USTED AL ACUDIR A ESTE SERVICIO?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## CODIFICACION DEL CUESTIONARIO

## 1.- SABER SI ACUDE AL SERVICIO:

- A) POR QUÉ ES CANALIZADO (DE ORIENTACIÓN VOCACIONAL, SERVICIO MÉDICO, AMIGOS, FAMILIARES, ETC.)
- B) POR PROBLEMAS FAMILIARES.
- C) POR PROBLEMAS ECONÓMICOS.
- D) POR PROBLEMAS EMOCIONALES.
- E) POR PROBLEMAS ESCOLARES.
- F) POR PROBLEMAS SEXUALES.
- G) POR PROBLEMAS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES.
- H) PARA CONOCERSE A SÍ MISMO.
- I) POR PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS ESPECÍFICOS.

## 2.- SI CONOCE QUE EN ESTE SERVICIO DAN LA ATENCIÓN:

- A) PSIQUIATRAS.
- B) PSICÓLOGOS.
- C) TRABAJADORES SOCIALES.
- D) PERSONAL ESPECIALIZADO EN PSICOFISIOLOGÍA.

## 3.- SI CONOCE QUE HAY LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- A) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.
- B) PSICOTERAPIA DE GRUPOS.
- C) CONSULTA PSIQUIÁTRICA.
- D) CONSEJO PSICOLÓGICO.
- E) BIORRETROINFORMACIÓN.
- F) ESTUDIOS ESPECIALES (PSICOLÓGICOS, EEG., NEUROLÓGICOS, SOCIALES).

- 4.- SABER SI TIENE EXPECTATIVAS DE CAMBIAR
  - A) EN SU CONDUCTA.
  - B) EN SUS ACTITUDES.
  - C) EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES.
  - D) EN SU CONCEPTO DE SÍ MISMO.
  
- 5.- SABER SI CONSIDERA SU RELACIÓN CON EL TERAPEUTA COMO UN FACTOR PARA QUE SE RESUELVAN SU PROBLEMA. (ALIANZA-TERAPÉUTICA)
  
- 6.- CONOCER SI SU EXPECTATIVA DEL TIEMPO QUE DURARÁ LA ATENCIÓN COINCIDE CON EL QUE SE DA EN EL SERVICIO.  
  
DE 1 - 6 MESES, EQUIVALENTE A 5 - 30 SESIONES, CON SESIONES DE 30 - 50 MINUTOS.
  
- 7.- CONOCER SI ESPERA DESEMPEÑAR UN PAPEL ACTIVO EN SU ATENCIÓN.
  
- 8.- SABER SI ESPERA QUE SE HAGA ÉNFASIS EN SU PRESENTE.
  
- 9.- SABER SI ESPERA QUE SE HAGA ÉNFASIS EN SUS EXPERIENCIAS CONSCIENTES.
  
- 10.- CONOCER QUE OTRAS EXPECTATIVAS TIENE.

## R E S U L T A D O S

DURANTE EL MES DE JUNIO SE APLICARON 42 CUESTIONARIOS, 20 A ESTUDIANTES DEL SEXO MASCULINO Y 22 AL SEXO FEMENINO, 36 DE ELLOS ENTRE LOS 17 Y 26 AÑOS (85.71%), SIENDO EN SU MAYORÍA SOLTEROS (38) (90.47%), TABLAS 1 Y 2.

### ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO Y EDAD

TABLA No. 1

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
17 - 21	7	11	18
22 - 26	8	10	18
27 - 31	5	1	6
TOTAL	20	22	42

### ESTUDIANTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO

TABLA No. 2

ESTADO CIVIL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SOLTEROS	18	20	38
CASADOS	1	2	3
DIVORCIADOS	1	-	1
TOTAL	20	22	42

CON RESPECTO A LA ESCOLARIDAD, SE PRESENTARON 6 ESTUDIANTES DE BACHILLERATO, 35 DE LICENCIATURA Y UNO DE POSGRADO (TABLA 3). DE LICENCIATURA SE PRESENTARON DE 18 DIFERENTES CARRERAS, PREDOMINANDO LOS DE MEDICINA: 8 (19.04%) Y PSICOLOGÍA: 4 (9.52%). ANEXO TABLA 3.

### ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO

TABLA No. 3

ESCOLARIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
BACHILLERATO	3	3	6
LICENCIATURA:			
1ER. AÑO	3	4	7
2DO. AÑO	6	7	13
3ER. AÑO	3	-	3
4TO. AÑO	2	1	3
5TO. AÑO	2	3	5
PASANTES	1	3	4
POSGRADO	-	1	1
TOTAL	20	22	42

CARRERAS DE LICENCIATURA EN LOS ESTUDIANTES DE  
PRIMERA VEZ

ANEXO TABLA No. 3

1) MEDICINA	8	10) ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	1
2) PSICOLOGÍA	4	11) CIENCIAS DE LA COMUNI- CACIÓN	1
3) LIC. EN TRABAJO SOCIAL	3	12) DISEÑO GRÁFICO	1
4) INGENIERÍA	3	13) ARQUITECTURA	1
5) LIC. EN DERECHO	2	14) ACTUARIO	1
6) PEDAGOGÍA	2	15) CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMÓN. PÚBLICA	1
7) GEOGRAFÍA.	2	16) FÍSICO	1
8) LIC. RELACIONES INTERNACIONALES	1	17) QUÍMICA	1
9) CONTADURÍA PÚ- BLICA	1	18) BIOLOGÍA	1

DE LOS 42 ESTUDIANTES, 24 FUERON REGULARES (57.14%) Y 18 IRREGULARES (42.85%), PREDOMINANDO LOS IRREGULARES EN EL SEXO MASCULINO 13 (72.22%). DE LOS ESTUDIANTES 10 TRABAJAN (23.80%), 7 HOMBRES Y 3 MUJERES. TABLA 4.

RELACION ENTRE TRABAJO E IRREGULARIDAD EN ESTUDIANTES  
DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 4

TRABAJAN	REGULARES	IRREGULARES	TOTAL
SI			
HOMBRES	2	5	7
MUJERES	2	1	3
TOTAL:	4	6	10
NO			
HOMBRES	5	8	13
MUJERES	15	4	19
TOTAL:	20	12	32

EN LOS MOTIVOS DE CONSULTA PREDOMINAN LOS PROBLEMAS EMOCIONALES (ANEXO TABLA 5) EN 37 (88,09%), SIGUIÉNDOLES EN IMPORTANCIA LOS PROBLEMAS ESCOLARES: 5 (11,90%), OTROS MENOS REPRESENTATIVOS SE ENUNCIAN EN LA TABLA 5. AUNQUE SE CODIFICÓ PREVIAMENTE, NADIE MENCIONÓ TENER PROBLEMAS ECONÓMICOS.

MOTIVOS DE CONSULTA EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 5

MOTIVOS DE CONSULTA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PROBLEMAS EMOCIONALES	19	18	37
PROBLEMAS ESCOLARES	3	2	5
PROBLEMAS FAMILIARES	2	1	3
PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS ESPECÍFICOS	2	1	3*
PARA CONOCERSE A SÍ MISMO.	1	1	2
CANALIZADOS	1	1	2**
PROBLEMAS SEXUALES	-	1	1
PROBLEMAS DE RELACIONES INTERPERSONALES	-	1	1
PROBLEMAS NO ESPECIFICADOS.	1	-	1
TOTAL	29	26	55

\*PSICOSIS, CRISIS CONVULSIVAS Y CEFALÉAS.

\*\* UNO POR ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y OTRO DE MEDICINA GENERAL.

PROBLEMAS EMOCIONALES COMO MOTIVO DE CONSULTA  
EN ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ

ANEXO TABLA No. 5

PROBLEMAS EMOCIONALES	NÚMERO
POR INSEGURIDAD	3
PORQUE ME ENCUENTRO DESUBICADA EN LA REALIDAD	2
POR INHIBICIÓN	2
POR TIMIDEZ	2
POR TRAUMAS	1
POR DEPENDENCIA	1
POR SOLEDAD	1
POR INQUIETUD	1
POR NERVIOSISMO	1
POR FALTA DE CONCENTRACIÓN	1
POR CAMBIO DE ESTADO DE ÁNIMO	1
POR COMPLEJO DE INFERIORIDAD	1
PORQUE NO SOY CONSTANTE	1
PARA TRATAR DEL CARACTER	1
POR INESTABILIDAD EMOCIONAL	1
POR MIEDO A HABLAR CON LAS PERSONAS	1
POR INADAPTACIÓN SOCIAL	1
POR PROBLEMAS DE PERSONALIDAD	1
POR DUDAR DE MI MASCULINIDAD	1
PORQUE PRESENTO DEPRESIONES OCASIONALES	1

POR SENTIR QUE PUEDO PERDER LA RAZÓN	1
POR SABER DE LO QUE SOY CAPAZ	1
PARA DEJAR DE SENTIR FRUSTRACIONES	1
PORQUE QUIERO CAMBIAR MI MANERA DE SER	1
PORQUE NO ME SIENTO BIEN CONMIGO MISMO	1
PARA SABER SI CIERTAS COSAS SON BUENAS O MALAS	1
PARA SUPERAR MI CARÁCTER CICLOIDE	1
POR UN CAMBIO EN MI CONDUCTA Y CARÁCTER	1
PARA SACAR COSAS QUE ME AFECTAN Y ALTERAN	1
PORQUE SOY DEMASIADO MENTIROSO Y EGOÍSTA	1
PORQUE TENGO UN ESTADO ANGUSTIANTE	1
PARA QUE ME ORIENTEN Y HAGAN SALIR DE MIS PROBLEMAS INTERNOS	1

T O T A L

---

37

LOS ESTUDIANTES ESPERAN SER AYUDADOS EN SU MAYORÍA POR PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS, 27 (64.28%) Y 20 (47.61%) RESPECTIVAMENTE. EN 4 CUESTIONARIOS SÓLO SE MENCIONÓ QUE EL PERSONAL SEA ESPECIALISTA EN LA CONDUCTA, OTROS EN MENOR PROPORCIÓN ESPERAN SER AYUDADOS POR PSICOANALISTAS, NEURÓLOGOS, MÉDICOS Y SEXÓLOGOS, ESTOS TRES ÚLTIMOS ASOCIADOS CON UN PSIQUIATRA O PSICÓLOGO. TABLA 6. SÓLO UN ESTUDIANTE MENCIONÓ A PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL Y NO HUBO MENCIÓN DEL PERSONAL ESPECIALIZADO EN PSICOFISIOLOGÍA.

TIPO DE PROFESIONISTAS POR LOS QUE ESPERAN SER AYUDADOS LOS ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 6

TIPO PROFESIONISTA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PSICÓLOGOS	11	16	27
PSIQUIATRAS	10	10	20
ESPECIALISTAS EN LA CONDUCTA	2	2	4
PSICOANALISTAS	1	1	2
NEURÓLOGOS	1	1	2
MÉDICOS	1	1	2
TRABAJADORES SOCIALES	-	1	1
SEXÓLOGO	-	1	1
PERSONAL ESPECIALIZADO EN PSICOFISIOLOGÍA	-	-	-
NO SABE	1	-	1
TOTAL	27	33	60

CON RESPECTO A LOS MÉTODOS Y TÉCNICAS: 6 NO CONTESTARON Y 8 EXPRESARON NO CONOCERLOS EN TOTAL 14 (33.33%), 24 ESPERAN SE UTILICE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (57.14%). EN MENOR PROPORCIÓN MENCIONAN LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA, EL CONSEJO PSICOLÓGICO, LA PSICOTERAPIA DE GRUPO, EL PSICOANÁLISIS Y LA BIORRETROINFORMACIÓN, TABLA 7.

EXPECTATIVAS DE LOS METODOS Y TECNICAS EN LOS  
ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 7

MÉTODOS Y TÉCNICAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	11	13	24
PSICOTERAPIA DE GRUPO	1	1	2
CONSULTA PSIQUIÁTRICA	3	-	3
CONSEJO PSICOLÓGICO	2	-	2
BIORRETROINFORMACIÓN	1	1	2
ESTUDIOS ESPECIALES	2	1	3
PSICOANÁLISIS	1	1	2
NO CONTESTÓ	1	5	6
NO SABE	4	4	8
TOTAL	26	26	52

EN RELACIÓN CON SUS EXPECTATIVAS DE CAMBIO, SE ENCONTRARON LAS SIGUIENTES FRECUENCIAS: EN SU CONDUCTA 35 (83.33%), EN SUS ACTITUDES 26 (61.90%), EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES 13 (30.95%) EN SU CONCEPTO DE SÍ MISMO 8 (19.04%), 2 NO COMPRENDIERON LA PREGUNTA, TABLA 8.

EXPECTATIVAS DE CAMBIO EN LOS ESTUDIANTES QUE  
ACUDEN POR PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 8

ASPECTOS DE CAMBIO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
EN SU CONDUCTA	18	17	35
EN SUS ACTITUDES	17	9	26
EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES	6	7	13
EN SU CONCEPTO DE SÍ MISMO	4	4	8
NO COMPRENDIÓ	2	-	2
TOTAL	47	37	84

COMO FACTORES PARA LA RESOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS AL ACUDIR A ESTE SERVICIO MENCIONARON CON MAYOR FRECUENCIA LAS SIGUIENTES: SU RELACIÓN CON EL TERAPEUTA (ALIANZA TERAPÉUTICA) 16 (38.09%), LA AYUDA QUE RECIBAN DE LOS ESPECIALISTAS 5 (11.90%), LA FAMILIA 4 (9.52%), NO SABEN 4, NO CONTESTARON 3 Y UNO REFIRIÓ QUE NINGUNO.

EXPECTATIVAS DE LOS FACTORES PARA LA RESOLUCION  
DE SUS PROBLEMAS EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERA  
VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 9

FACTORES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SU RELACIÓN CON EL TERAPEUTA*	7	9	16
LA AYUDA QUE RECIBÍAN DE LOS ESPECIALISTAS	4	1	5
LA FAMILIA	2	2	4
LA PAREJA	2	1	3
EL INTERÉS PROPIO	-	2	2
EL MEDIO AMBIENTE	-	2	2
LA MOTIVACIÓN	-	2	2
EL HABLAR CON SEGURIDAD	1	-	1
EL CAMBIAR MI PERSONA	-	1	1
LA ACEPTACIÓN	-	1	1

.....CONT.

FACTORES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
LOS MEDICAMENTOS	1	-	1
NINGUNO	1	-	1
NO SABE	2	2	4
NO CONTESTÓ	1	2	3
TOTAL	21	25	46

• ALIANZA TERAPÉUTICA.

EN RELACIÓN CON LA DURACIÓN DE LA ATENCIÓN 18 ESTUDIANTES REFIRIERON NO SABER Y 3 CONTESTARON EN TOTAL: 21 (50%), 12 (28.57%) ESPERAN QUE SEA DE 1-12 MESES, 2 MENOS DE UN MES (4.76%), SE MENCIONAN OTROS EN LA TABLA 10.

EXPECTATIVAS DE LA DURACION DE LA ATENCION EN  
LOS ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 10

DURACIÓN DE LA ATENCIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
- DE 1 MES	2	-	2
DE 1 - 6 MESES	4	3	7
DE 7 - 12 MESES	1	4	5
HASTA QUE SE RESUELVAN MIS PROBLEMAS	2	1	3
LA NECESARIA	-	2	2
DE POR VIDA*	1	-	1
INDEFINIDO	1	-	1
NO SABE	8	10	18
NO CONTESTÓ	1	2	3
TOTAL	20	22	42

\*PACIENTE CON PSICOSIS PREVIA.

CON RESPECTO A SU PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN 23 (54.76%) ESPERAN DESEMPEÑAR UN PAPEL ACTIVO, 9 (21.42%) SÓLO ENUNCIAN QUE COMO "PACIENTE", 5 (11.90%) UN PAPEL PASIVO, 2 NO COMPRENDIERON LA PREGUNTA Y 3 NO CONTESTARON, TABLA 11

PAPEL QUE ESPERAN DESEMPEÑAR EN LA ATENCIÓN LOS ESTUDIANTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 11

PAPEL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ACTIVO	12	11	23
PASIVO	2	3	5
"PACIENTE" *	2	7	9
NO COMPRENDIÓ	2	-	2
NO CONTESTÓ	2	1	3
TOTAL	20	22	42

\* SOLO LO ENUNCIAN ASÍ.

EN RELACIÓN A LA PARTE DE SU VIDA EN QUE SE HARÁ ÉNFASIS, 12 (28.52%) ESPERAN QUE SE HAGA EN SU PRESENTE Y EN SU PASADO, 10 (23.80%) EN SU PASADO Y 9 (21.42%) EN SU PRESENTE, SE MENCIONAN OTROS EN LA TABLA 12.

EXPECTATIVAS DE LA PARTE DE SU VIDA EN QUE SE HARÁ ÉNFASIS EN LOS ESTUDIANTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 12

PARTE DE SU VIDA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PRESENTE - PASADO	7	5	12
PASADO	6	4	10
PRESENTE	4	5	9
FUTURO	2	1	3
PRESENTE-PASADO-FUTURO	-	1	1
PASADO - FUTURO	-	1	1
NO COMPRENDIÓ	1	-	1
TOTAL	20	22	42

SEGÚN EL TIPO DE EXPERIENCIAS: 19 (45.23%) ESPERAN SE HAGA ÉNFASIS EN LAS CONSCIENTES, 12 (28.57%) EN LAS CONSCIENTES E INCONSCIENTES Y 7 (16.66%) EN LAS INCONSCIENTES. DOS NO CONTESTARON, UNO NO COMPRENDIÓ LA PREGUNTA Y UNO EXPRESÓ NO SABER.

TIPO DE EXPERIENCIAS EN LAS QUE CONSIDERAN SE HARA ENFASIS EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ SEGUN SEXO

TABLA No. 13

TIPO DE EXPERIENCIAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CONSCIENTES	11	9	19
CONSCIENTES E INCONSCIENTES	4	8	12
INCONSCIENTES	3	4	7
NO SABE	-	1	1
NO COMPRENDIÓ	1	-	1
NO CONTESTÓ	1	1	2
TOTAL	20	22	42

EN OTRAS EXPECTATIVAS LAS QUE SE MENCIONARON CON MAYOR FRECUENCIA FUERON 5 (11.90%) PARA CONOCERSE, 4 (9.52%) AYUDA PARA RESOLVER SUS PROBLEMAS, 3 (7.14%) PODER AFRONTAR PROBLEMAS POSTERIORES. SE MENCIONAN OTROS DE MENOR FRECUENCIA EN LA TABLA 14.

OTRAS EXPECTATIVAS EN ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ

TABLA No. 14

OTRAS EXPECTATIVAS	NÚMERO
CONOCERME	5
AYUDA PARA RESOLVER MIS PROBLEMAS	4
PODER AFRONTAR PROBLEMAS POSTERIORES	3
TRANQUILIDAD	2
PONER MÁS ATENCIÓN EN MIS ESTUDIOS	2
MEJORAR MIS RELACIONES HUMANAS	2
SER ATENDIDA	2
LAS MISMAS ANTERIORMENTE CITADAS	1
CAMBIAR	2
DESEMPEÑAR MEJOR DESPUES MI LABOR DE MÉDICO	1
QUE TOMEN EN CUENTA MI PROBLEMA	1
SENTIRME SATISFECHA	1
ENCONTRAR QUE ES LO QUE ESTÁ FALLANDO EN MÍ	1
CONCIENTIZAR EL POR QUÉ DEL PROBLEMA	1
EVITAR LLEGAR A UNA DEPRESIÓN	1
NO HACER UN CAMBIO SOLO ACEPTARLO SI ES CONVENIENTE	1

OTRAS EXPECTATIVAS	NÚMERO
RENOVARME	1
SER MÁS POSITIVA EN TODOS ASPECTOS	1
SENTIR QUE SOY UNA MUJER NORMAL	1
LO MÁS IMPORTANTE VIVIR	1
DAR LO MEJOR DE MÍ	1
SOLICITAR AYUDA TERAPÉUTICA A NIVEL MEMORIA	1
EL NO PRESTAR ATENCIÓN A IDEAS QUE CONSIDERO FALSAS	1
LLEVAR UNA VIDA EN PAZ	1
LOGRAR ESTABILIDAD NORMAL DE MIS EMOCIONES E INTERESES	1
QUE SE ME AYUDE A DEFINIRME COMO PERSONA	1
TENER MAYOR SEGURIDAD Y OPTIMISMO	1
TAL VEZ APRENDER UN POCO DE PSICOLOGÍA ALGO BÁSICO QUE EN LO FUTURO CUANDO ELABORE HISTORIAS CLÍNICAS PONGA UN POCO MÁS DE ATENCIÓN EN LOS PACIENTES EN EL ASPECTO PSICOLÓGICO YA QUE EL VENIR AQUÍ ME	
PERMITE SABER CÓMO DEBE SER CON EL PACIENTE	1
SALIR ADELANTE EN ESTA VIDA	1
SABER CÓMO HE RESULTADO SER	1
DESCUBRIR SI TENGO ALGÚN DAÑO CEREBRAL	1
DESCUBRIR SI PUEDO SUPERAR TODO LO QUE ME AQUEJA	1
TRANSFORMAR MI FORMA DE PROCEDER	1
SER MÁS RESPONSABLE	1
SER UNA PERSONA CADA DÍA MEJOR	1

OTRAS EXPECTATIVAS	NÚMERO
SABER SI ES POSIBLE AMINORAR EL MIEDO QUE ANTECE A UNA CLASE QUE EXPONGO	1
NINGUNA	2
NO CONTESTARON	4
TOTAL:-	56

DESERTARON 11 ESTUDIANTES (26.19%) DE LOS CUALES 5 SOLO ACUDIERON A LA PRECONSULTA (QUE CORRESPONDEN AL CRITERIO ESTABLECIDO EN EL PROTOCOLO) Y 6 QUE ACUDIERON A LA PRECONSULTA Y UNA CONSULTA POSTERIOR QUE TAMBIÉN SE VALORARON COMO DESERCIONES. SE VALORÓ LAS DESERCIONES 5 MESES DESPUÉS DE APLICADOS LOS CUESTIONARIOS PORQUE SE ATRAVESARON LAS VACACIONES DE JULIO Y PERÍODO DE EXÁMENES . DE LOS QUE DESERTARON 8 TUVIERON EXPECTATIVAS INADECUADAS, TABLA 15.

RELACION ENTRE LA DESERCIÓN Y LAS EXPECTATIVAS  
INADECUADAS EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERA VEZ  
SEGUN SEXO

TABLA No. 15

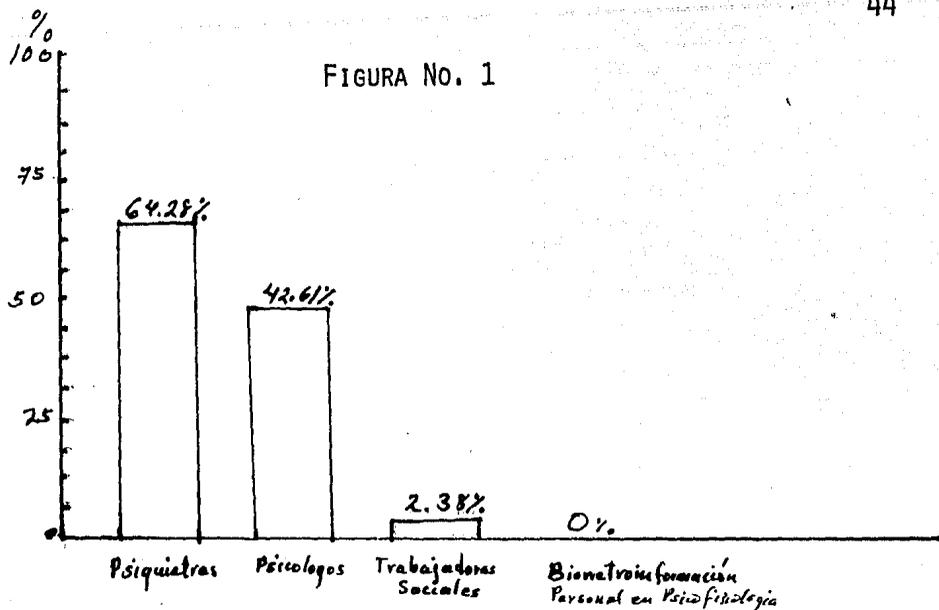
DESERCIÓN	E X P E C T A T I V A S		TOTAL
	ADECUADAS	INADECUADAS	
Si	3	8	11
No	29	2	31
TOTAL	32	10	42

## EXPECTATIVAS INADECUADAS

## ANEXO TABLA No. 15

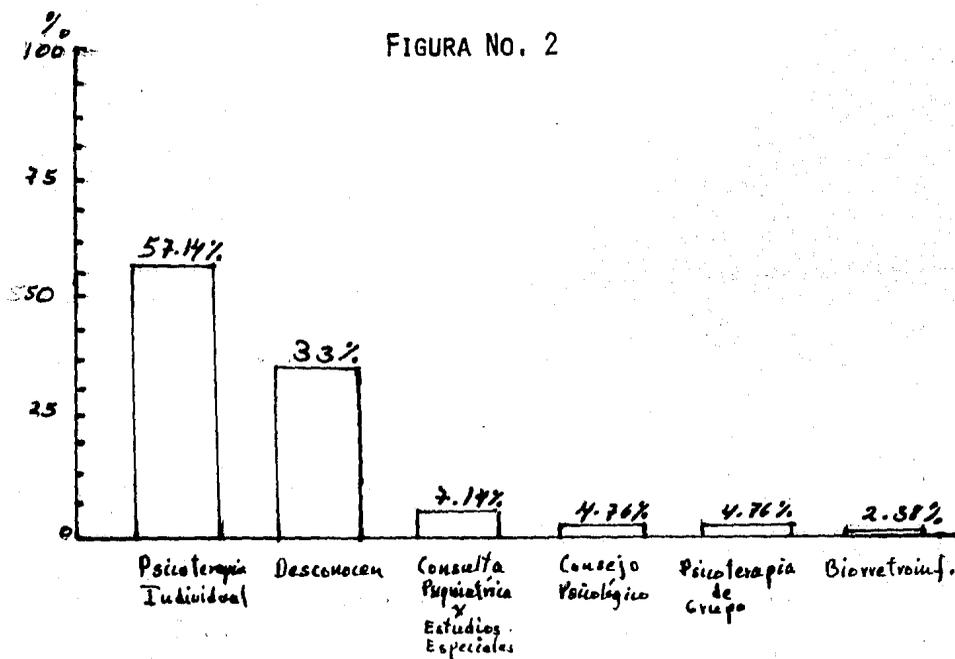
- PROFESIONISTAS INCLUSO PARA MOTIVARME A SEGUIR CON ESTE TRATAMIENTO. QUIERO CAMBIAR MI CONCEPCIÓN HACIA EL MUNDO.
- NO SOY MUY CONSTANTE EN LAS COSAS QUE HAGO, QUIERO TENER MÁS CONSTANCIA.
- TRANSFORMAR MI FORMA DE PROCEDER Y SER MÁS RESPONSABLE EN TODOS LOS ASPECTOS (EN UNAS SEMANAS).
- SER CADA VEZ MÁS TRANQUILO, APRENDER A SER TOLERANTE, TENER MEJOR PACIENCIA (QUISIERA QUE FUERA RÁPIDO POR MI TRABAJO) .
- LO QUE MÁS ME INTERESA ES EL CAMBIAR MI CARÁCTER (PIENSO QUE PUEDE SER RÁPIDO).
- PIENSO QUE VALDRÍA LA PENA ENFRENTARME A MÍ MISMO, SABER CÓMO HE RESULTADO SER COMO HIJO, CÓMO ESTUDIANTE, CÓMO CIUDADANO, ETC. SABER SI TENGO DAÑO CEREBRAL, SABER POR QUÉ SOY ASÍ (EN UN PAR DE SESIONES).
- DESEO CAMBIAR EN TODO.
- LOGRAR MAYOR MOTIVACIÓN ACERCA DE MI CARRERA, YA QUE ESTOY UN POCO ADENTRADO EN ELLA Y NO ES MI INTENCIÓN HACER CAMBIO DE CARRERA .
- ESPERO LOGRAR MEJOR PREPARACIÓN TANTO EN EL ASPECTO PROFESIONAL, COMO SOCIAL Y CULTURAL.
- ESPERO UN CAMBIO RADICAL EN MI PERSONALIDAD.
- ATENCIÓN INDEFINIDA.
- ADQUIRIR DE ALGUNA MANERA LA PREPARACIÓN MENTAL NECESARIA PARA PROSEGUIR CON MIS ESTUDIOS Y RECONCILIARME CON LA ESCUELA.

FIGURA NO. 1

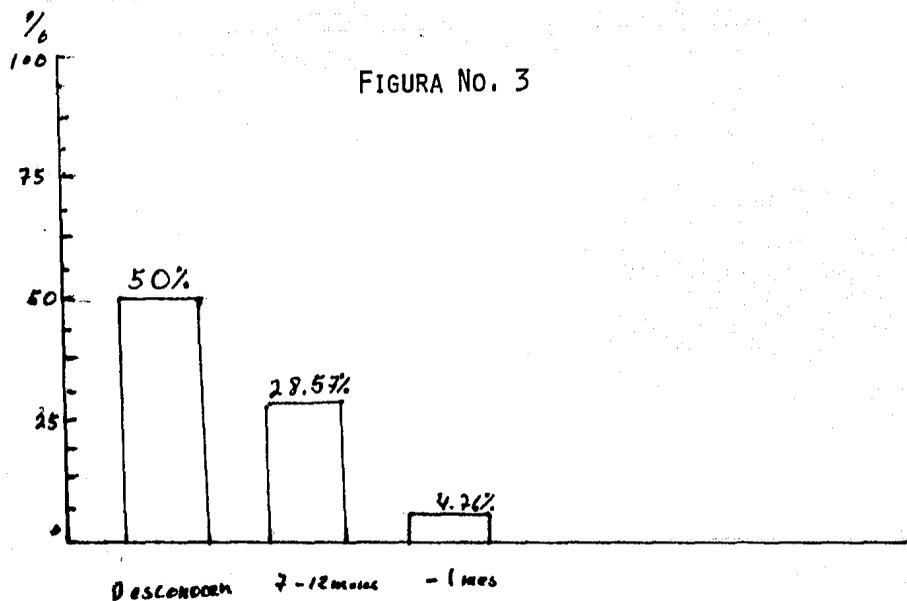


## TIPO DE PROFESIONISTAS

FIGURA NO. 2

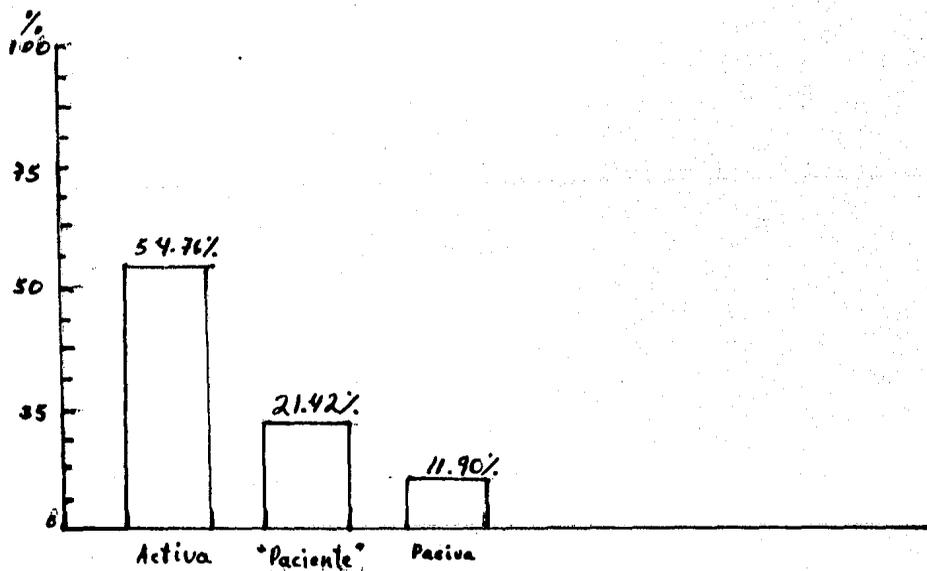


## MÉTODOS Y TÉCNICAS



### DURACIÓN DE LA ATENCIÓN

FIGURA No. 4



### PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- EL PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA FUERON LOS PROBLEMAS EMOCIONALES (88.09%)
- 2.- LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIANTES ESPERAN SER ATENDIDOS POR PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS EN UN 64.28% Y 47.61% RESPECTIVAMENTE. FIGURA No. 1.
- 3.- LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIANTES DESCONOCEN QUE HAY TRABAJADORAS SOCIALES (97.61%) Y PERSONAL ESPECIALIZADO EN PSICOFISIOLOGÍA (95.23%).
- 4.- EL 33.33% DE LOS ESTUDIANTES DESCONOCEN LOS MÉTODOS Y TÉCNICAS QUE SE UTILIZAN EN ESTE SERVICIO.
- 5.- LA MAYORÍA DE LOS ESTUDIANTES DESCONOCEN QUE HAY LA POSIBILIDAD DE UTILIZAR LOS SIGUIENTES MÉTODOS Y TÉCNICAS: PSICOTERAPIA DE GRUPO 95.23%, BIORRETROINFORMACIÓN 95.23%, Y ESTUDIOS ESPECIALES 92.85%.
- 6.- LAS EXPECTATIVAS DE CAMBIO EN LOS ESTUDIANTES QUE SE PRESENTARON CON MAYOR FRECUENCIA FUERON: EN SU CONDUCTA 83.33% Y EN SUS ACTITUDES 61.90%.
- 7.- SU RELACIÓN CON EL TERAPEUTA FUE EL FACTOR MÁS FRECUENTEMENTE EXPRESADO PARA LA RESOLUCIÓN DE SUS PROBLEMAS (38.09%).
- 8.- EL 50% DE LA POBLACIÓN DESCONOCE LA PROBABLE DURACIÓN DE LA ATENCIÓN . FIGURA No. 3.
- 9.- EL 54.76% ESPERA PARTICIPAR EN FORMA ACTIVA EN SU ATENCIÓN.- FIGURA No. 4.

- 10.- EL 21.42% DE LOS ESTUDIANTES ESPERAN SE HAGA ÉNFASIS EN SU PRESENTE .
- 11.- EL 28.57% ESPERAN SE HAGA ÉNFASIS EN SUS EXPERIENCIAS CONSCIEN- TÉS.
- 12.- CON RELACIÓN A OTRAS EXPECTATIVAS LA MÁS FRECUENTE FUE : PARA CONOCERSE (11.90%) .
- 13.- SE CONFIRMÓ LA RELACIÓN ENTRE DESERCIÓN Y EXPECTATIVAS INA- DECUADAS (72.72%)

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- BELLACK y SMALL,,: Psicoterapia Breve y de Emergencia, Ed. Pax-México . Librería Carlos Cesarman, S.A., 2a. Ed. 1977.
- 2.- BELLACK, LEOPOLD,,: The therapeutic relationship in brief Psychotherapy, Am. J. of Psychotherapy. vol. XXXIII, No.4 October 1979, 564-571.
- 3.- FUENTE RAMON DE LA,,: La Psicoterapia en la Medicina, Psicoterapia Dinámica Breve, Unidad y Diversidad de las Influencias psicoterapéuticas, La Alianza Terapéutica. Cuadernos de Psicología Médica y Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, UNAM.
- 4.- LAMBERT, MICHAEL J,,: Characteristics of patients and their relations hip to autcome in brief psychotherapy, Simposium on Brief Psychotherapy, Psychiatric Clinic of North America" Vol. 2, No. Abril 1979, 111-122.
- 5.- ROGERS, CARL & DAYMOND,,: Psychotherapy and personality change, Univ. Chicago Press, Chicago, 1969, 6a. Edición, 55-108, 145-195, 215-259.
- 6.- ROSENBAUN SALE & ALFER IAN, : Basic Books, New Yor, 1968, 209-236, 341-356.
- 7.- SINGER, ERWIN,,: Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia. Fondo de Cultura Económica, 1984 3a. Reimpresión de la 1a. ed.
- 8.- TEKSES B., KARASU,,: Psychotherapies: An overview, The Am. J. of Psychiatry, 134,; 8, 851-862, August 1977.