

232
3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**El Psicólogo Clínico:
Su Formación y las Técnicas de
Intervención que utiliza en su
Ejercicio Profesional.**

Un Estudio Exploratorio.

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta

GUILLERMO FEDERICO VAZQUEZ MALAGAMBA

Director de Tesis: Lic. Celso Serra Padilla

Asesor Estadístico: Psic. Javier Moreno Tapia

México, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 esta 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.

TESIS

COMPLETA

Dedico éste trabajo, con mucho cariño:

A mis padres Francisco y Julieta, en agradecimiento por su apoyo y cariño, y por todo lo positivo que me han dado y enseñado.

A mis hermanos Francisco, Alejandro y Germán, por su apoyo y afecto, por compartir pensamientos, ideas, gustos, buenos momentos y ayudas en tiempos difíciles.

A mis sobrinos Alejandro, Alejandra y Paquito, por ser la promesa de un futuro brillante.

A mi abuelita Pilar y a mi tía Pilar, por todo el cariño y apoyo que me han dado y por estimular mi superación personal y profesional.

A mis tíos, tías, primos, primas, familiares en general, por su afecto y por los buenos momentos compartidos.

A mis amigos y amigas, y a todas las personas que de un modo ú otro me han apoyado y estimado.

A la U.N.A.M., y en particular a su Facultad de Psicología, por haberme dado la oportunidad de adquirir una preparación profesional, y por haber pasado ahí los mejores momentos de mi época como estudiante.

AGRADECIMIENTOS.

La elaboración de la presente tesis no hubiera sido posible sin la valiosa ayuda de muchas personas, quienes de forma amable prestaron su colaboración de un modo u otro. Agradezco también a los psicólogos (conocidos y desconocidos para mí) que contestaron el cuestionario de esta investigación, así como a los psicólogos que participaron en el piloteo del cuestionario preliminar.

También deseo agradecer al Lic. Celso Serra Padilla por su valiosa asesoría y paciencia en la elaboración de esta tesis, así como a la Lic. Ma. Asunción Valenzuela Cota por su valiosa ayuda para la obtención de una Beca para la realización de la presente Tesis, en el Programa de Becas para Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación (PBTEL) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) y en la Fundación U.N.A.M., y a estas últimas por otorgarme la Beca. Mi agradecimiento también al Psic. Javier Moreno Tapia, quien fue asesor estadístico y asesor en el manejo del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (S.P.S.S.).

Mi agradecimiento a Armando Villalvazo Robles, por ser un buen amigo, y por su valiosa asesoría con los programas de computación y con el uso de la computadora.

Mi agradecimiento a la Sra. Tita, a los tíos Humberto Calderón y Martha Malagamba, y María Malagamba, ya que contribuyeron a que yo cursara y finalizara mis estudios de Psicología en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

ÍNDICE GENERAL.

	<u>Página:</u>
<u>-INTRODUCCIÓN.....</u>	1
<u>CAPÍTULO I: HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA</u>	5
1.1 Historia de la Psicología Clínica en Estados Unidos y Europa.....	5
1.2 Historia de la Psicología Clínica en México.....	12
1.3 Comentarios sobre la historia de la Psicología Clínica en Estados Unidos, Europa y México.....	31
1.4 Formación académica del Psicólogo Clínico a nivel de Licenciatura en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.....	34
1.5 Comentarios sobre la Formación académica del Psicólogo Clínico a nivel de Licenciatura en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.	40
<u>CAPÍTULO II: APROXIMACIONES DE INTERVENCIÓN.....</u>	43
2.1 Psicoanálisis:	44
2.1.1. Sigmund Freud.....	44
2.1.2. Heinz Hartmann y la Psicología del Yo.....	45
2.1.3. Melanie Klein	48
2.3.4. Jacques Lacan	51
2.2 Humanismo:	54
2.2.1. Carl Rogers y la Psicoterapia Centrada en el Cliente	54
2.2.2. Psicoterapia Existencialista	56
2.2.3. Fritz Perls y la Psicoterapia Gestalt	59
2.3 Conductismo	61
2.4 Comentarios sobre las Aproximaciones de Intervención	64
<u>CAPÍTULO III: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN</u>	67
3.1 Definición de Intervención Clínica: Razones Básicas, Metas, Metodología Básica, Tipos y Fases. Modelos de Intervención Clínica.....	67
3.2 Definición de Psicoterapia de Wolberg (1977).....	75
3.3 Clasificación de Wolberg de las Técnicas Terapéuticas (ó de Intervención):.....	77
3.3.1 Terapias de Apoyo	77
3.3.2 Terapias Reeducativas	78
3.3.3 Terapias Reconstructivas	80
3.4 Otras clasificaciones de Psicoterapias: Millon y Fiorini	83
3.4.1. Clasificación de Theodore Millon	83
3.4.2. Clasificación de Héctor J. Fiorini.....	85
3.5. Comentarios	87
<u>CAPÍTULO IV: ANTECEDENTES</u>	90
4.1 Tesis y artículos revisados sobre los antecedentes de la Investigación	90
4.2 Comentarios sobre los antecedentes	102

ÍNDICE GENERAL (cont.)

	<u>Página:</u>
<u>CAPÍTULO V: METODOLOGÍA</u>	105
5.1 Tipo de Investigación	105
5.2 Planteamiento del Problema	105
5.3 Hipótesis	106
5.4 Variables	111
5.5 Sujetos	112
5.6 Escenario	113
5.7 Instrumento	113
5.8 Procedimiento.....	115
<u>CAPÍTULO VI: RESULTADOS</u>	117
<u>CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	150
7.1 Discusión.....	150
7.2 Conclusiones.....	172
<u>-LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</u>	182
Limitaciones	182
Sugerencias	183
<u>-BIBLIOGRAFÍA</u>	185
<u>-APÉNDICE A: LUGARES DE TRABAJO DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA FINAL DE LA INVESTIGACIÓN</u>	187
<u>-APÉNDICE B: INSTRUMENTO (CUESTIONARIO) ELABORADO Y UTILIZADO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN</u>	189
<u>-APÉNDICE C: CODIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO: CLASIFICACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE CÓDIGOS A CADA RESPUESTA DEL CUESTIONARIO</u>	199
<u>-APÉNDICE D: ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, TABLAS DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA Y RESPUESTAS A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO</u>	208

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación tuvo como objetivos el conocer las técnicas de intervención utilizadas por los psicólogos clínicos en su ejercicio profesional, así como conocer la opinión de estos psicólogos sobre su formación recibida en la Licenciatura en cuanto al manejo de técnicas de intervención. La motivación para realizar esta investigación surgió en el que esto escribe a partir de la realización del Servicio Social en el Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles" de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. El enfrentarse a la situación de tener que intervenir, es decir, en este caso el realizar y planear psicoterapias con personas de diversas edades que acudían al Centro Comunitario, planteó en el autor de la presente tesis el realizar una autovaloración de los propios conocimientos para intervenir, y una inquietud por conocer las actividades de intervención en el ejercicio profesional así como las opiniones de otros psicólogos clínicos con respecto a su formación de Licenciatura para intervenir. Debido a que la autovaloración sobre los conocimientos para intervenir no fue del todo favorable, de allí surgió el interés por realizar esta investigación, para que a partir de el conocer con qué técnicas de intervención intervienen otros psicólogos pudieran aclararse las dudas y las inseguridades a la hora de intervenir, y para que a partir de una opinión más ó menos consensual, el autor de la presente tesis pudiera hacer sugerencias para que, en caso necesario, se sugirieran modificaciones en la preparación académica dada en cuanto al manejo de técnicas de intervención dentro del plan de estudios actual de la Licenciatura en Psicología, en particular dentro de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Se planeó como un estudio exploratorio de campo debido a que no existía mucha información específicamente referente a las técnicas de intervención (agrupadas bajo la clasificación de Wolberg) utilizadas por los psicólogos que laboran en el área de intervención y a en cuanto a su opinión sobre su formación en Licenciatura en técnicas de intervención. Tampoco existían estudios inferenciales, siendo este el primero dónde además de los aspectos descriptivos, se harían cruces de variables para sacar inferencias estadísticas. La investigación se realizó con un cuestionario elaborado para tal fin, a partir del marco teórico y tomando algunos reactivos de otros cuestionarios semejantes y adaptándolos a los objetivos de la presente investigación. El cuestionario definitivo (después de haber sido piloteado y modificado) se distribuyó acudiendo a instituciones del sector salud público donde laboraban psicólogos clínicos utilizando técnicas de intervención, así como también se distribuyó con psicólogos en sus consultorios particulares. Originalmente se planeó aplicar los cuestionarios mediante una entrevista pero no se pudo hacer esto en la mayoría de los casos debido a que los psicólogos se encontraban trabajando. Se repartieron más de 200 cuestionarios, pero sólo se recuperaron 77. Los resultados obtenidos, en resumen, indicaron que la mayoría de los psicólogos de esta muestra, independientemente del grado académico, de la universidad ó escuela de procedencia, del área de subespecialización cursada, manejan al menos dos tipos de técnicas, y aplican predominantemente en su ejercicio profesional principalmente ya sean técnicas reeducativas ó técnicas de apoyo, y la minoría aplica predominantemente técnicas reconstructivas. El 61% de la muestra consideró que sus estudios de

Licenciatura si los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, pero al preguntarles dónde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan, la mayoría contestó que en dos lugares diferentes, principalmente, pudiendo entenderse que la Licenciatura podría estar ó no considerada dentro de estos 2 lugares. Entre las conclusiones a las que se llegó fue que los psicólogos manejan dos tipos de técnicas, principalmente, y que aplican principalmente técnicas reeducativas y técnicas de apoyo, y en último término, las técnicas reconstructivas. La mayoría de los psicólogos trabajan de forma institucional y de forma particular e institucional, y esto determina qué técnicas aplican predominantemente, siendo en su mayoría las que requieren para su aplicación de tratamientos cortos para atender a más personas que demandan el servicio (reeducativas y de apoyo). Muy pocos de estos psicólogos tenían estudios de posgrado ó adicionales, por lo que se concluyó que los Psicólogos que trabajan en el área de intervención la mayoría sólo tienen estudios de Licenciatura. Se concluyó que, debido a que entre los lugares mencionados donde adquirieron sus conocimientos podría estar considerada ó no la Licenciatura, que la preparación obtenida en la Licenciatura en cuanto al manejo de técnicas de intervención puede ser considerada como parcial, regular ó suficiente (encontrándose estos resultados similares a los de investigaciones anteriores similares a la presente), ya que la mayoría tuvo que estudiar en otros lugares adicionales para aumentar sus conocimientos. Debido a que la mayoría de los que trabajan utilizando técnicas de intervención son provenientes de escuelas donde no existe el área de subespecialización en clínica ó tienen otras áreas de subespecialización (educativa y social), se concluyó que el área de intervención clínica no es exclusiva de los psicólogos clínicos, y que esta área de trabajo cada vez adquiere más importancia dentro de las labores realizadas por el psicólogo como profesional en general. Se concluye que los planes de Licenciatura deben modificarse para ofrecer a los egresados la oportunidad de prepararse mejor en el manejo de técnicas de intervención en general, y en particular en aquellas más demandadas en el ejercicio profesional en el sector público: las técnicas reeducativas y de apoyo, debido a que la mayoría de los psicólogos que trabajan en el área de intervención clínica sólo tienen estudios de Licenciatura, y el mercado laboral les exige intervenir. Se concluye también que debido a que la historia de la intervención clínica por parte de los psicólogos en México es reciente (unos 25 años) existe un atraso en cuanto a la definición y la preparación del psicólogo en sus actividades, en especial el área de intervención clínica. No obstante esto, debe visualizarse la posibilidad de actualizarse la preparación a nivel de Licenciatura de los psicólogos en intervención para que la realicen de mejor manera.

A continuación se describe brevemente el contenido de los capítulos y Apéndices de la presente tesis:

En el capítulo I (Historia de la Psicología Clínica) se hace una revisión histórica de la psicología como ciencia y profesión, y de la psicología clínica, tanto en Estados Unidos y Europa como en México. Esto se hizo con el objetivo de situar el desarrollo actual de la psicología clínica como profesión a partir de sus orígenes en el extranjero, y su posterior llegada y desarrollo en nuestro país. Este capítulo, como los siguientes del marco teórico, contienen comentarios surgidos a partir de las reflexiones realizadas a partir de

las revisiones hechas, las cuales permiten ir estructurando una visión general sobre los temas tratados y sus implicaciones para la presente investigación.

En el capítulo II (Aproximaciones de Intervención) se hace una revisión de algunos de los principales autores y corrientes de las tres principales aproximaciones teóricas influyentes en el desempeño y en la preparación en el manejo de las técnicas de intervención actuales: Psicoanálisis, Humanismo y Conductismo, las cuales guían el proceso técnico de diversas formas de intervención. En estas tres aproximaciones, se hace un análisis dentro de cada una de ellas y entre ellas de los conceptos que tienen del ser humano, del proceso salud-enfermedad mental y del tratamiento, ya que a partir de cómo se considere a la naturaleza del ser humano, será cómo se le considera sano ó enfermo y cómo se interviene en caso necesario.

En el capítulo III (Técnicas de Intervención) se hace una descripción de lo que es la intervención clínica, su definición, sus bases, sus fases, y sus modelos. Posteriormente se describe la definición de técnicas psicoterapéuticas ó de intervención de Wolberg, así como se describe su clasificación global de estas técnicas (de apoyo, reeducativas y reconstructivas) en cuanto a su diferenciación y similitudes entre estos tres tipos. Esta clasificación es la utilizada en la presente investigación para clasificar las diferentes técnicas manejadas y utilizadas por los psicólogos de la muestra final de esta investigación. Finalmente, se citan y describen otras dos clasificaciones de técnicas de intervención (de Millon y Fiorini) describiéndose sus similitudes y diferencias con la de Wolberg.

En el capítulo IV (Antecedentes) se citan y describen las investigaciones que sirven de antecedentes a la presente investigación, destacando los datos pertinentes para su comparación con los objetivos de la presente, así como sirven también para comparar los resultados de la presente investigación con investigaciones anteriores similares.

En el capítulo V (Metodología) se describen con detalle todos los aspectos relativos a los objetivos y el diseño de la presente investigación, las variables cruzadas, las Hipótesis conceptuales y estadísticas, el instrumento utilizado y las características de la muestra obtenida, así como el escenario y la forma de proceder durante la realización de la investigación, y el procedimiento estadístico para la obtención de los resultados.

En el capítulo VI (Resultados) se exponen la descripción de cruces de variables y los resultados derivados de estos, así como la aceptación ó rechazo de Hipótesis de trabajo.

En el capítulo VII (Discusión y Conclusiones) se discuten los resultados obtenidos en cuanto a la implicación de los mismos para esta investigación y en comparación con los resultados de investigaciones similares y complementando con aspectos del marco teórico, se hacen inferencias a partir de esta discusión y se obtienen las conclusiones de este estudio.

En el apartado de Limitaciones y Sugerencias se describen algunos de los problemas observados durante la realización de la presente investigación, los cuales limitan la generalización de sus resultados, y

por último se hacen sugerencias para la mejor realización de futuras investigaciones similares ó relacionadas con la presente.

En el Apéndice A se citan las instituciones y dependencias en las cuales laboraban los psicólogos de esta muestra, así como el número de psicólogos provenientes de cada una de estas instituciones y dependencias.

En el Apéndice B se muestra el instrumento (cuestionario) elaborado y utilizado para la realización de esta investigación.

En el Apéndice C se describe el procedimiento utilizado para codificar (asignar números para manejar las respuestas de los sujetos como números para poder utilizar procedimientos estadísticos) a cada una de las respuestas dadas por los sujetos de la muestra a cada pregunta del cuestionario.

Finalmente, el Apéndice D contiene los aspectos de Estadística Descriptiva de la investigación, es decir, la descripción en términos de frecuencias y porcentajes de las respuestas dadas por los sujetos de la muestra a cada pregunta del cuestionario.

CAPÍTULO I:

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Para poder comprender el estado actual de la psicología, y en particular de la psicología clínica, tanto en Estados Unidos y Europa como en algunos países latinoamericanos, y por supuesto en México, este capítulo tiene como objetivo hacer una revisión histórica de la psicología como ciencia y labor profesional, y de la psicología clínica como rama que se desarrolló de la psicología, tomando sus propias características de desarrollo como actividad profesional para ofrecer servicios en el área de salud mental. Se expone inicialmente, en el inciso 1.1, el desarrollo de la psicología como ciencia y actividad profesional en Estados Unidos y Europa, haciéndose posteriormente lo mismo pero en el caso particular de México (en el inciso 1.2). En el inciso 1.3, se hacen comentarios sobre la historia de la psicología clínica en Estados Unidos, Europa y México. En el inciso 1.4, se revisa la formación académica del psicólogo clínico en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., haciendo una breve descripción de los contenidos de las materias del currículum actual del área de Psicología Clínica dentro del plan de estudios de la Lic. en Psicología de esta Facultad, para conocer cómo está estructurado y qué perfil y habilidades se pretenden lograr a partir de este currículum en los estudiantes y egresados de esta área para integrarse al campo laboral. Finalmente, en el inciso 1.5, se hacen comentarios sobre la formación académica del psicólogo clínico en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Como se verá al ir revisando la historia de la psicología en México, se revisa el currículum del psicólogo clínico de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. debido a que la historia de esta disciplina dentro de la U.N.A.M. y dentro de esta facultad y de su currículum académico ha influenciado mucho el desarrollo de la psicología como profesión y los planes de estudios de otras universidades, que tienen relación con el currículum ofrecido en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Es decir, no se puede entender la historia de la psicología en México como ciencia y profesión si no se observa su desarrollo dentro de la principal casa de estudios del país, o sea, la U.N.A.M., y no se puede entender qué es lo que se espera que debe realizar un psicólogo clínico en el campo laboral en México si no se revisa la estructura actual del currículum dentro del Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

1.1 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESTADOS UNIDOS Y EUROPA.

Garfield afirma que ya que la psicología clínica es una especialidad dentro de la psicología general, debe relacionarse con el origen mismo de la psicología como ciencia, por lo que inicia su revisión histórica con la fundación del primer laboratorio de psicología realizado por Wilhem Wundt, en Leipzig, Alemania, en 1879. En aquellos años, las principales áreas de investigación eran las de la sensación y la percepción (Garfield, 1979). En 1885, los estudios de Sir Francis Galton sobre las diferencias entre las personas pusieron las bases de la psicología diferencial. En 1890, James McKeen Cattell acuña el término "tests mentales", y poco después se aplicaron procedimientos estadísticos a tests mentales en diferentes campos y se hicieron importantes esfuerzos para desarrollar normas de tests y procedimientos de estandarización

(Korchin, 1976). En 1892 se funda la Asociación Norteamericana de Psicología (American Psychological Association, A.P.A.) (Dana, 1966). En 1894, Cattell, aunque todavía midiendo principalmente las funciones sensoriales, intentó valorar las habilidades mentales de estudiantes que ingresaban por primera vez a la Universidad de Columbia, en Nueva York, aplicándoles una batería de pruebas psicológicas. Durante este mismo tiempo, otros científicos también experimentaron con este nuevo tipo de enfoques a la medición mental (Garfield, 1979).

Sin embargo, se considera a Lightner Witmer como la persona que desde el punto de vista histórico hizo una aportación directa al desarrollo de la psicología clínica, y se le considera como el fundador de esta disciplina. Witmer estudió con Wundt y se graduó como Doctor en la Universidad de Leipzig en 1892. Posteriormente fue nombrado Director del laboratorio de psicología en la Universidad de Pennsylvania. En 1896, año definido como el del inicio de la psicología clínica, Witmer fundó la primera clínica psicológica en E.U.A., y le dio el nombre de psicología clínica a la nueva disciplina. Witmer comenzó tratando clínicamente a un niño que tenía algunas dificultades para deletrear las palabras, y continuaron sus intereses por el mismo camino hasta que se concentró a tratar las perturbaciones de la infancia. Se interesaba principalmente en las dificultades sensoriales, en el retraso mental, trastornos de la locución y en problemas de aprendizaje escolar, e intentó trabajar terapéuticamente con niños psicóticos. Además, Witmer impartió las cátedras de psicología infantil, psicología clínica y de psicología anormal, y fundó una escuela de entrenamiento y un hospital como complemento de su enseñanza clínica. En 1907 fundó la revista "The Psychological Clinic", y fue su editor y colaborador hasta 1935, año que dejó de publicarse. Sin embargo, a pesar de haber contribuido de forma importante al desarrollo de la psicología clínica, su influencia en los eventos posteriores fue algo limitada, ya que estaba interesado principalmente en los problemas sensoriales e intelectuales, y el movimiento de orientación infantil que se desarrolló tiempo después se enfocó más en las dificultades sociales y del comportamiento. Sin embargo, Witmer fue un pionero en el campo de la psicología clínica, y su clínica fue una de las primeras que llevaron a cabo exámenes psicológicos (Garfield, 1979).

En 1904, en Francia, el Ministerio de Instrucción Pública de París solicitó la ayuda del psicólogo francés Alfred Binet para diferenciar a aquellos niños defectuosos quienes podrían ser mejor enseñados en clases especiales que en clases regulares. Para lograr un medio objetivo de examinar la inteligencia, Binet y su colaborador Simon crearon la escala Binet-Simon, considerada la primera prueba eficaz de inteligencia y el prototipo para la mayoría de las pruebas de inteligencia hasta nuestros días (Korchin, 1976; Garfield, 1979). Esta escala media la inteligencia con la noción de que debería de evaluarse midiendo un número de funciones y no por medio de mediciones aisladas. Este procedimiento de Binet produjo puntajes de "edad mental". En años posteriores, William Stern, en Alemania, sugirió que estas funciones fueran evaluadas en términos de edad cronológica o actual para lograr un "coeficiente intelectual" (I.Q.) estable. Después de revisiones sucesivas, realizadas en particular por Lewis Terman en América, se logró llegar a la escala Stanford-Binet actual. Por muchos años, la labor principal de los psicólogos clínicos fue el establecer el I.Q.

de niños por medio de la administración de la escala Stanford-Binet (Korchin, 1976). El advenimiento de las pruebas de inteligencia individuales y estandarizadas fue un hecho muy importante para la psicología aplicada. Posteriormente, la Primera Guerra Mundial ofreció una excelente oportunidad para el uso de pruebas de grupo en gran escala, y posteriormente a la guerra, este movimiento de pruebas de grupo se desarrolló rápidamente (Garfield, 1979). La psicología clínica no progresó mucho hasta la aparición de la prueba de inteligencia de Binet, ya que, según Pitner (citado por Garfield, pág. 4), después del primer trabajo que se hizo con ella en las instituciones para los subnormales, se observa que pruebas psicológicas de todo tipo empiezan a difundirse rápidamente hasta llegar a aplicarse en tribunales para menores, en los reformatorios, en las prisiones, en los hogares infantiles y en las escuelas (Pitner cit. por Garfield, pág. 4). Además de las pruebas de la inteligencia, aparecieron otros tipos de pruebas. Personas como Cattell, Rice y Thorndike contribuyeron al desarrollo del llamado movimiento de pruebas en la educación. Se inventaron pruebas para aplicación en varios fines escolares, incluyendo la medición de rendimiento y el diagnóstico. Este tipo de pruebas se crearon antes de 1920. Estos eventos fueron los precursores de los servicios de adaptación escolar, orientación y remediables, que actualmente son aceptados como funciones regulares de toda institución educativa (Garfield, 1979).

Otros movimientos también fueron importantes para el desarrollo de la psicología clínica. Por ejemplo, el movimiento de higiene mental, iniciado con la publicación, en 1908, de la narración de Beers sobre su propia hospitalización, en el libro "A Mind That Found Itself". Este libro y la actividad de Beers en pro del movimiento atrajeron la atención del público hacia los problemas de los enfermos mentales, para que se mejoraran el cuidado y tratamiento de los pacientes, y se hiciera la prevención de estos trastornos. Esta preocupación por la prevención llevó a la planeación de clínicas de orientación infantil para detectar y tratar oportunamente estos problemas. Se fundó la primera clínica de orientación infantil en Chicago en 1909, para trabajar con niños delincuentes. En E.U.A., el movimiento de orientación infantil se desarrolló lentamente al principio, pero continuó creciendo constantemente. Las clínicas ampliaron su atención de la delincuencia juvenil hacia la inclusión de casi todo tipo de problemas de adaptación, y la contribución del psicólogo fueron las pruebas psicológicas además de otro tipo de actividades que dependían del entrenamiento previo que tenía el psicólogo y del ambiente en el que trabajaba (Garfield, 1979).

Paralelamente a algunas de estas corrientes históricas está un interés mayor por los problemas de los mentalmente trastornados, en cuanto a un campo especial de estudio y tratamiento. Pinel fue uno de los primeros en considerar a estas personas como seres humanos necesitadas de un trato humano simpático. Kraepelin, a mediados del siglo pasado, realizó una clasificación de los cuadros psicopatológicos observados con más frecuencia, y esto ayudó mucho para considerar a la psiquiatría como una especialización de la medicina cuya área de estudio coincide con la de la psicología anormal y la de la psicología clínica. Aunque los médicos psiquiatras eran los principales encargados del cuidado y tratamiento de los pacientes hospitalizados, a principios de este siglo los psicólogos empezaron a estudiar a los pacientes psicóticos, en lo que se llamaba "psicología anormal", ya que los psicólogos intentaban aplicar los métodos psicológicos del

laboratorio experimental al estudio de las funciones mentales de los pacientes (Garfield, 1979; Korchin, 1976). Este tipo de estudios de individuos en grupo realizados para estudiar los desórdenes de la personalidad fue el precursor natural de la psicología clínica (Garfield, 1979).

Otra influencia importante fue el desarrollo del psicoanálisis por parte de Sigmund Freud y sus seguidores, ya que introdujo muchos conceptos nuevos y significativos en la psicopatología. Muchas de las deducciones clínicas y conceptos teóricos del psicoanálisis influyeron mucho en la teoría y práctica del trabajo clínico en psicología. Freud fue uno de los primeros en insistir en la importancia de los factores psicológicos en la etiología y tratamiento de las neurosis. Los conceptos de los determinantes inconscientes del comportamiento, de la represión y de las etapas del desarrollo fueron algunos de los conceptos más importantes de Freud. El psicoanálisis llegó a ser una teoría investigadora de la personalidad así como un método de psicoterapia. Las teorías "dinámicas" de la personalidad hicieron que se enfatizara más en los factores psicológicos o psicogénicos en la patología de la conducta. Se enfatizó especialmente el comprender los síntomas de cada paciente en particular en lugar de preocuparse indebidamente por la descripción y clasificación de síntomas del comportamiento. La importancia de estos primeros investigadores radica en la elaboración de las teorías de la personalidad que los clínicos utilizan actualmente para la comprensión y la modificación del comportamiento y que son premisas de algunas técnicas clínicas, tales como las pruebas de asociación de palabras y de proyección (Garfield, 1979; Korchin, 1976).

Gracias a los esfuerzos de dos personajes importantes de la psicología académica norteamericana - G. Stanley Hall y William James- los conceptos del psicoanálisis entraron a la psicología norteamericana. En 1909, Stanley Hall invitó a Freud y a muchos de sus seguidores a la Universidad de Clark para que presentara sus ideas a los estudiantes y psicólogos norteamericanos. Este encuentro tuvo grandes influencias en el futuro desarrollo de la psicología clínica norteamericana, aunque por algunos años más la psicología clínica norteamericana continuó en la tradición de Witmer (Korchin, 1976).

La Primera Guerra Mundial estimuló el crecimiento de la psicología clínica. Los servicios militares se enfrentaron con el problema de diferenciar entre hombres de diferentes habilidades. Un grupo de psicólogos, principalmente experimentadores distinguidos, desarrollaron tests tales como el "Army Alpha" (un test verbal para medir las capacidades en aritmética, el seguimiento de instrucciones, la capacidad de juicio y el vocabulario), y el "Army Beta" (un test no verbal para medir las capacidades intelectuales de los reclutas analfabetos o que no hablaban inglés). También se creó el Inventario Psiconeurótico de Woodworth (nombrado también como "la hoja de datos personales" en respeto de las sensibilidades de los examinados) para diagnosticar e identificar soldados con problemas emocionales. Este Inventario es el prototipo de numerosos inventarios de lápiz y papel que han proliferado desde 1917. Para finales de la guerra, se estimó que 1,726,000 hombres fueron evaluados en grupo y 83,000 fueron examinados individualmente (Korchin, 1976). En 1919 se fundó la Sección de Psicología Clínica de la A.P.A. (Dana, 1966). La utilización creciente de las pruebas psicológicas estandarizadas durante la década de los veinte fue el medio para provocar cierta demanda e interés por los exámenes psicológicos. Se logró una aceptación gradual de las pruebas

psicológicas, específicamente de las pruebas de inteligencia. Se puede afirmar que, dentro de ciertos límites, en este período los psicólogos clínicos eran principalmente examinadores psicológicos (Garfield, 1979). Durante los años veintes y treinta los psicólogos clínicos continuaron trabajando en ambientes clínicos, dedicándose principalmente a evaluar el funcionamiento intelectual y educacional de niños. Con el crecimiento del Movimiento de Guía Infantil se establecieron muchas clínicas nuevas, y se desarrolló el enfoque de trabajo conocido como "el enfoque de trabajo en equipo". En este equipo, el cual era liderado por el médico psiquiatra, quien era el responsable de la mayoría de las decisiones clínicas y de la terapia, el psicólogo tenía sus actividades principales en la realización de evaluaciones psicológicas y en la aplicación de terapias educacionales y remediabiles. El tercer miembro de este equipo era el trabajador social, quien se encargaba de realizar las entrevistas iniciales y las entrevistas de la historia social de los pacientes, de hacer el trabajo de casos con los padres, y de trabajar en unión con otras agencias sociales para el mejoramiento del medio social de los niños. Este patrón básico de trabajo en equipo prevaleció hasta los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, aunque los psicólogos clínicos movieron sus actividades en clínicas infantiles hacia las instituciones psiquiátricas de adultos (Korchin, 1976).

Aunque aumentó constantemente el número de psicólogos en las escuelas, clínicas, hospitales, y otras instituciones afines, las funciones de estos profesionistas continuaban siendo algo limitadas. La preparación de los psicólogos clínicos no se distinguía en mucho de la preparación que tenían los psicólogos experimentales académicos. Sólo difería porque los psicólogos clínicos recibían preparación en cursos de pruebas y mediciones y de psicología anormal. En la mayoría de los casos, la experiencia profesional y el contacto con los clientes se obtenía después de que el estudiante salía de la universidad. Esto se debía a que el internado en trabajo clínico existía únicamente en pocas instituciones y eran relativamente pocas las escuelas que tenían clínicas psicológicas propias de tiempo completo. La Segunda Guerra Mundial y los problemas humanos que trajo consigo fue lo que influyó en que el entrenamiento y en el ámbito del trabajo clínico en psicología se revolucionaran. Debido a que se encontró que la enfermedad mental y la deficiencia mental estaban entre las diez causas principales de rechazo de reclutas, y que al avanzar la guerra se encontraban más y más casos de este tipo, y que había escasez de personal para cuidar de estos casos, el papel del psicólogo clínico recibió un gran impulso. En un inicio, en la guerra, muchos psicólogos se encargaban de seleccionar y clasificar al personal, y muy pocos trabajaban activamente en trabajo clínico intensivo. Aumentó el número de psicólogos que se encargaban del trabajo clínico, debido a que no existía personal médico suficiente para el cuidado psicológico y la rehabilitación de la cantidad creciente de individuos que requerían de este tipo de servicios en el ejército. Esto no sólo sirvió para dar a los psicólogos clínicos un rango oficial y un reconocimiento más adecuados, sino que también sirvió para que otros grupos profesionales afines conocieran los servicios que podían ofrecer los psicólogos clínicos. Esto permitió que los psicólogos clínicos pudieran ejercer una gran cantidad de labores profesionales que habían estado antes vedadas para ellos. Se ensanchó el campo de actividades del psicólogo clínico, ya que podían realizar actividades tales como: historias de casos, evaluación y diagnóstico de la personalidad de los pacientes,

planeación de estudios de investigación, terapia individual y de grupo, actividades en las que el psicólogo clínico demostró ser competente y ser un profesional cuyas contribuciones habían sido desperdiciadas en el pasado. Con esto, se distinguió entre el psicólogo clínico y el examinador psicológico, quedando este último confinado casi exclusivamente a la administración de pruebas. Esta diversificación en las actividades del psicólogo clínico ha continuado hasta el presente y han existido una variedad de eventos que han contribuido a esto. Existía una gran cantidad de veteranos de guerra que quedaron con inhabilidades psiquiátricas, y esto exigió que se agrandaran los servicios dentro de la Administración para Veteranos. En esta ampliación de los servicios de hospital y de clínicas se reconocieron oficialmente los papeles y las funciones de los psicólogos clínicos. La Administración para Veteranos se convirtió en la institución que requería el emplear el mayor número de psicólogos clínicos, y al no haber el número suficiente de clínicos bien preparados, esta administración se encargó de un programa de entrenamiento en psicología clínica con la cooperación de las universidades más importantes de los E.U.A. Esta Administración proporcionó ayuda económica y experiencia clínica en el sistema de internamiento a grandes cantidades de estudiantes que estaban inscritos en los programas profesionales de psicología clínica. Un Comité para el Entrenamiento de Psicólogos Clínicos de la A.P.A., en 1947, recomendó el que se hicieran varios cambios en los programas de estudio y diseñó un internado supervisado para los psicólogos clínicos pasantes. Con estos cambios, se reconoció a la psicología clínica como una área de especialización diferente dentro de la psicología profesional. Se establecieron programas específicos de entrenamiento dirigidos al grado de Doctorado en Psicología Clínica. Se enfatizó en que la experiencia profesional se debería de obtener mediante el plan de estudios establecido y un año completo de internado. El gobierno federal de los E.U.A. aceptó a la psicología clínica como una disciplina profesional equiparada con la psiquiatría, trabajo social y enfermería, en el campo de la salud mental, y suscribió un enorme programa de entrenamiento. Y por último, se establecieron requisitos personales y académicos muy estrictos para todos los candidatos de psicología clínica, y por primera vez la A.P.A. estableció una agencia de acreditación que certificara a aquellas universidades que estuvieran capacitadas para el entrenamiento clínico y a aquellas que no lo estuvieran (Garfield, 1979).

El Comité para el Entrenamiento en Psicología Clínica de la A.P.A. de 1947, además de las recomendaciones ya mencionadas, recomendó una amplia preparación preprofesional a nivel de bachillerato, incluyendo psicología general y otras áreas afines. También recomendó un programa de instrucción plenamente integrado, a nivel de grado o profesional. Se enfatizan 6 áreas principales de estudio: 1) Psicología general; 2) Psicodinámica del comportamiento; 3) Métodos de Diagnóstico; 4) Métodos de Investigación; 5) Disciplinas afines, y 6) Terapéutica. El programa propuesto de 4 años incluye un año de internado. Se insistió mucho en que existiera una continuidad de la psicología clínica con respecto de la psicología general y se enfatizó en el papel que debe desempeñar el psicólogo clínico en la investigación. El psicólogo clínico debería estar entrenado para tres campos distintos: diagnóstico, investigación y terapia (Garfield, 1979; Korchin, 1976). También se enumeraron ciertos requisitos personales y profesionales. Como las obligaciones del psicólogo clínico implican importantes problemas de adaptación a otras personas

y la habilidad para valorar de forma objetiva estas situaciones, es obvio que son muy importantes la personalidad y adaptación del psicólogo clínico (Garfield, 1979).

En 1949, se realizó en Boulder, Colorado, un congreso muy importante sobre el entrenamiento en psicología clínica. Aunque se han realizado posteriormente varios congresos sobre este tema, la Conferencia de Boulder fue la que estableció la pauta para el entrenamiento profesional y la que ha tenido una influencia mucho más marcada en todo este campo. Sin embargo, en general se inspiraron y confirmaron los principios y las recomendaciones propuestas por el Comité para el Entrenamiento en Psicología Clínica en 1947. Lo que tuvo mayor importancia de este congreso de 1949 fue la firme decisión de establecer como una meta principal que al psicólogo clínico se le entrene como científico y como practicante, y ambas cosas al nivel de doctorado. Este modelo de entrenamiento científico práctico ha sido confirmado con toda claridad en todas las conferencias que se han celebrado posteriormente sobre la preparación profesional del psicólogo clínico, aunque han existido propuestas de cambios en algunas conferencias, que han sido rechazadas (Garfield, 1979; Korchin, 1976).

Aunque las tres funciones básicas del psicólogo clínico sobre las que se insistía tanto en los años cuarentas (investigación, diagnóstico y psicoterapia) continúan siendo actividades de cierta importancia, su importancia relativa ha cambiado y han aparecido algunas actividades nuevas: psicología de la comunidad; entrenamiento de no profesionales para que contribuyan al bienestar de la comunidad; y labores administrativas en clínicas (Garfield, 1979). Korchin afirma que otros roles en los que el psicólogo clínico ha participado desde los años cincuentas son: docencia en universidades y práctica privada grupal e individual (Korchin, 1976).

Con respecto al ejercicio de la psicoterapia por los psicólogos clínicos, se han encontrado problemas para realizar esta actividad. Esta función no tiene una raíz histórica verdadera dentro del campo de la psicología, y se ha adquirido a partir de la Segunda Guerra Mundial por las necesidades que se tuvieron de tener personal capacitado para realizar esta actividad. La realización de la psicoterapia por los psicólogos clínicos ocasionó conflictos con los psiquiatras, quienes consideraban esta función como algo tradicionalmente suyo. Siempre había una tendencia a establecer ciertas restricciones o salvaguardias implícitas o explícitas. Los psicólogos clínicos podían trabajar solamente en ciertos casos y deberían de ser supervisados por los psiquiatras. La eficaz realización de terapias de grupo e individuales por parte de los psicólogos clínicos en algunos de los desórdenes más ligeros de la conducta condujo a un reconocimiento parcial del papel del psicólogo clínico en la terapia de la postguerra. Aunque el Comité para el Entrenamiento en Psicología Clínica de la A.P.A. de 1947 enfatizaba en que la terapia es una de las tres principales funciones del psicólogo clínico, no define de forma precisa esta función terapéutica. Pero hace constar que la habilidad requerida para la terapia intensiva debería de adquirirse después de cumplir con los requisitos para el Doctorado. La Administración para los Veteranos ha intentado de vez en cuando esclarecer o definir el papel terapéutico de los psicólogos clínicos dentro de su organización. En 1946 se afirmaba que el psicólogo clínico debería de ser también psicoterapeuta, pero bajo el marco médico y en aquellos casos en

que estuvieran capacitados, tales como: readaptación de hábitos, problemas de personalidad dentro de la gama normal, inhabilidades educativas, ó desórdenes psiconeuróticos menores no acompañados por componentes somáticos de mucha importancia. Aunque han seguido estos conflictos entre las dos profesiones, no existe ninguna postura actual que refleje adecuadamente el punto de vista completo de ninguna de estas dos profesiones. Los psicólogos clínicos han tropezado con la oposición de los grupos médicos organizados en su ejercicio de la psicoterapia. En un pronunciamiento conjunto hecho por los consejos ejecutivos de la Asociación Médica Americana, de la Asociación Psiquiátrica Americana y de la Asociación Psicoanalítica Americana, en 1954, expresaron sus ideas, que en general decían que “la psicoterapia es una forma de tratamiento médico y no constituye ninguna base para ninguna otra profesión distinta” (cit. por Garfield, pág. 22). El trabajo terapéutico realizado por otros profesionales debería de ser supervisado por los médicos. Estas profesiones “son completamente independientes y autónomas, siempre que no haya cuestiones médicas de por medio; pero cuando miembros de estas profesiones contribuyen al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sus aportaciones profesionales tienen que coordinarse bajo la responsabilidad médica” (cit. por Garfield, pág. 22). Sin embargo, a pesar de esta postura, desde entonces los psicólogos clínicos han participado cada vez más en la realización de diversas formas de psicoterapia. Han tenido que demostrar su derecho y aptitudes para realizar esta función, adquirida hace muy poco tiempo. Por 1960, la psicoterapia ocupaba el primer lugar en cuanto al tiempo dedicado a esta actividad (Garfield, 1979).

Korchin afirma que la psicología clínica ha venido diversificándose cada vez más no sólo en su estatus profesional y en sus patrones de entrenamiento, sino también en sus orientaciones teóricas y prácticas. Por 1947, la intervención clínica consistía en evaluación psicológica y psicoterapia, guiadas principalmente por el pensamiento psicoanalítico y la tradición de la evaluación psicométrica. La terapia centrada en el cliente de Rogers apareció como la única mayor alternativa con respecto a la terapia psicoanalítica. Actualmente, compiten con enfoques derivados del existencialismo, psicología del yo, posiciones del condicionamiento y el aprendizaje social y de la psicología comunitaria. Muchos favorecen los grupos pequeños de tratamiento en comparación con la intervención terapéutica individual, y se han desarrollado muchas formas de terapias grupales y de familia. Otros psicólogos han buscado formas de intervenir en la ecología social y en las instituciones que afectan profundamente la vida de las personas en la búsqueda de métodos de prevención en lugar de simplemente tratar los problemas humanos (Korchin, 1976).

1.2 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MÉXICO.

Las prácticas psicológicas de las comunidades prehispánicas (según Valderrama, 1983, citando trabajos al respecto de G. Alvarez y M. Ramírez, así como de R. León) giran con respecto a lo que hoy llamamos psicología clínica, es decir, a las prácticas terapéuticas para rehabilitar personas. Los aztecas consideraban como los componentes principales de la persona a la relación rostro-corazón. En los aztecas no había concepción de alma, ya que lo psicológico tiene su base en el corazón. Para los aztecas, la “salud mental” de los individuos era el equilibrio de la relación rostro-corazón, y su desequilibrio ocasionaba los trastornos de personalidad. En la sociedad azteca el especialista para resolver los problemas psicológicos era

el tonalpouhqui, quien por medio de la palabra, buscaba restablecer el rostro y recuperar el "yo". Este sacerdote era formado en el Calmecac, la institución de enseñanza azteca exclusiva para los nobles, y en donde aprendían a leer el tonamátli, "el libro de los destinos". En los aztecas, como se puede ver, ya existía el concepto de alteración de la personalidad, y existía un especialista que trataba estas alteraciones, así como una institución para capacitarlos (Valderrama, 1983).

Durante la Colonia, después de la conquista de 1521, en las colonias españolas de América es exportada la filosofía de Aristóteles, o sea, la *Escolástica* (que seguía principalmente a Tomás de Aquino). Bajo la filosofía *escolástica (tomista)* se van a realizar la mayoría de las actividades científicas y culturales de la Nueva España. El pensamiento psicológico característico de este momento se lleva a cabo en estas áreas: a) La enseñanza de la filosofía aristotélica en la Real y Pontificia Universidad de México, llevada a cabo principalmente por fray Alonso de la Vera Cruz, quien realizó comentarios al libro "De Anima" de Aristóteles, en 1557, la cual buscaba dilucidar las características del alma; b) La atención a los dementes y a los trastornados en sus facultades, realizada por misioneros y fundando establecimientos exclusivos para esta actividad: en México se funda el primer hospital para dementes del continente, el Hospital San Hipólito, en 1566, por Bernardino Alvarez. En este y otros hospitales de beneficencia se trataba a los pacientes con métodos persuasivos y logoterapéuticos, o sea, usando la palabra para regular los desequilibrios mentales.

c) El pensamiento psicológico en el primer siglo de realizada la conquista estuvo motivado y centralizado en la discusión sobre la racionalidad de los habitantes de las tierras conquistadas. Los resultados de estas discusiones determinaban el trato dado a los indios. Se discutía, bajo la idea de que la esencia del hombre es la razón, la propia humanidad del americano. Se intentaba demostrar si los productos culturales y sociales eran resultado y/o demostración de la capacidad del indígena. Se elaboran caracteriologías para este fin, realizadas por fray Bartolomé de las Casas (a favor de los indios), y Juan Ginés de Sepúlveda (en contra de los indios) (Valderrama, 1983; Galindo y Vorweg, 1985).

Entre 1600-1650, se buscaba mantener en la Nueva España a la filosofía *Escolástica* medieval, en contra de lo que pasaba en Europa, donde aparecieron los sistemas filosóficos y científicos llamados *modernos* (Descartes, Leibnitz, Newton, Gassendi). En 1700, aproximadamente, aparecen dos precursores del *pensamiento modernista* de la colonia: Carlos Singuenza y Góngora y Sor Juana Inés de la Cruz. Sor Juana escribe un poema filosófico sobre el proceso del sueño, dándonos elementos para conocer qué se sabía acerca de la psicología y fisiología del sueño. Después de la obra de estos autores, no aparece hasta 1760 otra obra con influencia del *modernismo*. A partir de esta fecha se da la "*Explosión de la modernidad*", pensamiento prevaleciente hasta 1810, gestor de las ideas independentistas entre los criollos de la Nueva España. Se da una fusión entre el *modernismo* y la *escolástica*, dándose una *escolástica moderna*, renovada (Valderrama, 1983).

En el último tercio del siglo XVIII se difundieron y enseñaron la filosofía y la ciencia *moderna*, destacando en esto José Antonio Alzate, José Ignacio Bartolache y Benito Díaz de Gamarra. Bartolache publica en el "Mercurio Volante", un periódico científico, un trabajo llamado "Avisos acerca del mal

histórico que llaman latido”, en donde se observa la transición de la *escolástica* al *modernismo*. Por un lado se observan y describen objetivamente los síntomas característicos de la histeria (con influencia *modernista*), pero por el otro la explicación de las causas aducen conceptos muy antiguos tales como los vapores internos (del cuerpo) y externos (de la atmósfera). Con Juan Benito Díaz de Gamarra y Dávalos (1745-1783), la *modernidad* alcanza su mayor esplendor y completud, al definir el alma y su localización en el cerebro, sin decir en qué parte. En el último tercio del siglo XVIII, hay una mayor acogida a una visión más naturalista de las enfermedades mentales. Se difunden en México la doctrina del Dr. Juan Brown (realizada por el Dr. Luis Montana, alumno de Bartolache) y las teorías de Broussais (sobre la irritación del sistema nervioso provocada por alteraciones del aparato digestivo, lo que ocasionaba que la terapia eran las evacuaciones de la sangre, es decir el uso de las sanguijuelas) (Valderrama, 1983).

En los primeros años del siglo XIX, se dan las luchas de independencia de las colonias españolas de América. Lograda la independencia, la ciencia de las primeras 2/3 partes del siglo XIX en México se vio sometida a múltiples cambios, avances y retrocesos, ya que lo que un gobierno fundaba y ponía a funcionar, el siguiente clausuraba y dejaba en el olvido. En 1835 aparece el trabajo de José Ramón Pacheco sobre el sistema frenológico del Dr. Gall, en el cual se introduce el *materialismo* utilizado por los liberales para difundir sus doctrinas. Otra influencia de la frenología es el español Mariano Cubí y Soler. Pero paralelamente a estas influencias científicas buscadoras de la localización cerebral de las funciones psicológicas, el *pensamiento escolástico* tuvo también su manifestación en el campo de la psicología, en representación de los bandos clericales y conservadores del siglo XIX, destacando aquí el obispo de Michoacán, Clemente de Jesús Munguía. También en esta primera mitad del siglo XIX aparece en la ciudad de Zacatecas el libro “Elementos de Psicología”, publicado por Teodosio Lares en 1849, en el cual el autor compila diversos artículos de autores franceses traducidos por él mismo para sus alumnos del Instituto Literario de Zacatecas, lo cual implica que en dicho instituto se impartía una cátedra con contenidos de psicología, quizás de las primeras que se imparten con ese nombre en el país. En dicho libro se divide a la psicología en racional (origen, naturaleza y destino del alma humana) y experimental (estudio de las facultades psicológicas tales como: la inteligencia, la sensibilidad y la actividad), conceptos pertenecientes a una *psicología moderna* (Valderrama, 1983).

En 1867, con la reestructuración de la República, debida al triunfo de las fuerzas liberales sobre las conservadoras y sus aliados franceses, se buscó el fortalecimiento del Estado Mexicano y el rompimiento de las viejas trabas para el establecimiento de un modelo de desarrollo capitalista. Esto permitió el favorecer el desarrollo de las ciencias como uno de los tantos instrumentos coadyuvantes de dicho objetivo, sin ser la psicología la excepción. Para Díaz Guerrero, el nacimiento de la psicología en México fue el resultado directo de la Reforma instaurada por Benito Juárez en 1860 y la consecuente importación de la filosofía educacional positivista, apareciendo como una disciplina separada, siendo colocada en la pirámide de las ciencias, entre la sociología y la historia (Díaz Guerrero, 1980). Según Galindo y Vorverg, la psicología en México nace y se forma ligada a instituciones de enseñanza superior, bajo el influjo de la psicología europea

y estadounidense, siendo notable en una primera etapa la influencia de la psicología francesa (Janet, Pierón y Ribot) y la alemana (Wundt y Kulpe) y del psicoanálisis de lengua alemana (Freud), e igualmente importante del funcionalismo de Titchener (Galindo y Vorweg, 1985). En el último tercio del siglo XIX, se adopta y adapta el *positivismo* del francés Augusto Comte, el cual sirvió de base a la educación impartida en este periodo histórico. El Dr. Gabino Barreda, creador de la Escuela Nacional Preparatoria (fundada por decreto el 2 de diciembre de 1867) utiliza a esta institución para implementar en México la *filosofía positivista* y elabora el primer artículo de *psicología positivista* del país: "De la educación moral" (1863). La enseñanza del *positivismo* por Barreda en la Escuela Nacional Preparatoria y en la Escuela Nacional de Medicina produjo una generación de alumnos que posteriormente serían los dirigentes de importantes sectores académicos y gubernamentales, destacando entre estos Porfirio Parra, Luis E. Ruiz, Manuel Flores, Miguel S. Macedo, Pablo Macedo. Valderrama (pág. 16) considera a Porfirio Parra "el primer psicólogo mexicano, ya que logra crear un sistema conceptual propio de conocimiento psicológico y difundir de manera importante, las aplicaciones que dicho conocimiento puede tener. Alumno y sucesor de Gabino Barreda, aplica la *filosofía positiva* y los avances de la fisiología experimental al conocimiento de los fenómenos mentales" (Valderrama, 1983, pág. 16). También en esta etapa se nota un gran impulso por las investigaciones de psicología clínica para el estudio y tratamiento de las alteraciones psíquicas, y también existe un gran movimiento a favor de la instauración de la psicología como cátedra autónoma: "desde la propuesta de enseñarla en la Universidad de Justo Sierra en 1882, pasando por los resultados del Congreso de Instrucción Pública de 1889-1890 en la cual la comisión encargada del plan de la Preparatoria propone la enseñanza autónoma de la psicología, hasta llegar a su pleno reconocimiento con la reestructuración del plan de estudios que elabora Ezequiel A. Chávez en 1896, siendo él mismo, el primer profesor de la cátedra en 1897" (Valderrama, 1983, pág. 18). Así es como la enseñanza de la Psicología en México comienza a darse en la Escuela Nacional Preparatoria. "Los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX ven aparecer las obras de escritores destacados en psicología que tendrán grande influencia sobre el desarrollo posterior de la misma. Nos referimos a los escritos de Francisco Bulnes, Ezequiel A. Chávez, Julio Guerrero y Enrique O. Aragón" (Valderrama, 1983, pág. 18). En 1902 aparece el libro considerado como el primero escrito por un autor mexicano, cuyo título es "La Psicología" y escrito por Enrique O. Aragón, en el cual integra las notas que tomó siendo alumno de Ezequiel A. Chávez en su cátedra de psicología de 1897 (Valderrama, 1983). En 1904, Chávez tradujo al español los elementos de psicología de Edward Bradford Titchner, que fue el texto estándar por los siguientes 25 años, hasta que lo reemplazaron traducciones de James, Baldwin, Hoffding y Wundt, y el primer libro de texto original mexicano (considerado así por Díaz Guerrero): "Los principios de Psicología", publicado en Culiacán, Sin., por Bernardo Castellum, en 1920. A Chávez se le acredita también el haber hecho el primer esfuerzo para desarrollar una psicología del mexicano (Díaz Guerrero, 1980). En 1905 se crea la Sociedad de Estudios Psicológicos, entre cuyos miembros están Ezequiel A. Chávez, Enrique O. Aragón, Luis Cabrera, Manuel Flores, etc. En esta época (primera década del siglo XX) se ve la afluencia e influencia de los escritos de antropología criminal y psicología del argentino José Ingenieros. En 1909,

Horacio Barreda, hijo del fundador de la Escuela Nacional Preparatoria, publica su monografía "Estudio sobre el feminismo", la cual contiene un apartado dedicado al estudio de la psicología de la mujer mexicana (Valderrama, 1983).

Finalizando el porfiriato, en 1910 se fundan el Manicomio Central "La Castañeda" y la Universidad Nacional de México. En "La Castañeda" se buscaba concentrar la atención a los enfermos mentales, siendo su primer director José Meza Gutiérrez, y en el cual trabajaron algunos de los mejores psicólogos mexicanos: Enrique O. Aragón, Rafael Santamaría y Santiago Ramírez, entre otros muchos. Dentro de la Universidad se crea la Escuela Nacional de Altos Estudios (posteriormente Facultad de Filosofía y Letras), en donde se impartía la psicología a nivel superior, inaugurándose con un curso dictado por el norteamericano James Mark Baldwin, alumno de W. Wundt (Valderrama, 1983). La Psicología queda incluida dentro del área de Humanidades, aunque posteriormente, en 1916, se hacen nuevas reformas y la materia de Psicología se imparte en el primer año en la sección de Ciencias Filosóficas y de la Educación del área de Humanidades (Benavides y cols., en "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983).

En la época del porfiriato se establecieron las bases que permitieron el que la psicología se desarrollara como profesión de una manera más firme. Después vendría el periodo de la Revolución de 1910-1917. Para Díaz Guerrero: "la psicología científica entró a un estado latente después de la Revolución Mexicana de 1910. El positivismo fue atacado fuertemente ya que fue la filosofía educativa durante la dictadura de Porfirio Díaz" (Díaz Guerrero, 1980, pág. 281). En el campo de los tests psicológicos, uno de los campos más importantes en la actividad del psicólogo, aparece uno de los precursores más importantes de la psicología aplicada en México: Rafael Santamaría, quien trabajaba desde 1918 en el Manicomio General, y en 1921 presenta su primera adaptación de la prueba de inteligencia francesa Binet-Simon, en el Primer Congreso Mexicano del Niño. A partir de este momento se da un desarrollo importante a la traducción y adaptación de pruebas para niños mexicanos. El Dr. Santamaría también se encarga de traducir la Prueba de Tests Parciales de Lenguaje de Alicia Descoudres, esto para validar los resultados de la escala de Binet-Simon. Debido a que con estas dos escalas (Binet-Simon y Descoudres) sólo era posible estudiar de forma cuantitativa pero no de forma cualitativa el desarrollo mental, el Dr. Santamaría traduce también la prueba de Vermeylen, la cual permite cubrir ambos aspectos. Lo mismo que en otros países, en México las pruebas mentales individuales fueron el antecedente de las pruebas mentales colectivas, las cuales son necesarias por razones prácticas. En 1924, el Dr. Gustavo Urichurtu aplica por vez primera la prueba de Fay, la cual desde sus inicios había sido elaborada para aplicarse en grupos. También se desarrolla una forma colectiva de la prueba de Alicia Descoudres, la cual se experimenta principalmente en la escuela primaria anexa a la Nacional de Maestros. También se utilizan otras pruebas colectivas, tales como la de Ebbinghaus (prueba para medir juicio) y en 1926 la prueba de Yoteyko, elaborada por Santamaría a partir de los trabajos realizados en Polonia por la Dra. Yoteyko, aplicándola en México por primera vez en los grupos de Secundaria en la Escuela Normal de Maestros. En 1924, Lauro Aguirre crea el Departamento Escolar de la S.E.P., conteniendo una sección de psicopedagogía. Esta sección se convierte un año después en el

Departamento de Psicopedagogía e Higiene Escolar, esto logrado conjuntamente por Santamaría y Aguirre, y se va a encargar del impulso a la investigación psicopedagógica, apoyada por el impulso que la educación recibe en los gobiernos postrevolucionarios y bajo la dirección de José Vasconcelos. En este Departamento se adaptan y traducen diversos tests (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983; Valderrama, 1983). Simultáneamente, en la Sección de Psicotecnia del Departamento del D.F., David Pablo Beder, colaborador de Enrique O. Aragón, traduce y adapta la revisión de Stanford a la Prueba de Binet-Simon, en 1925. Lucía Montana Hastings (alumna de Thorndike) llega a México y aplica el test Army Beta en escuelas secundarias, en 1926, y posteriormente se incorpora como Jefa de la oficina de psicognosis de la División de Enseñanza Secundaria. Beder y Hastings representan la entrada de la influencia norteamericana en cuanto a pruebas mentales, en México, y ambos pasan después a formar parte del profesorado de las cátedras psicológicas en la recién creada Facultad de Filosofía y Letras. También en 1926 se inicia la adaptación de la prueba de Detroit, una prueba norteamericana de uso individual, para utilizarla en jardines de niños (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983; Valderrama, 1983). El 10 de Diciembre de 1926 se funda el Tribunal de Menores, el cual poseía un Departamento de Psicología atendido por psiquiatras y psicólogos. En este Tribunal se practicaba un estudio psicológico al 80 por ciento de los menores delincuentes que ingresaban, aplicando pruebas tales como: Binet-Simon (adaptación de Santamaría), la de Khos (adaptación de Matías López) y la prueba de Raven, así como la prueba de Meili y las escalas de Gessell y Terman. Al uno por ciento de los menores que ingresaban se les realizaba un estudio global de la personalidad. Existían fichas psicológicas de cada menor que comprendían el estudio analítico de la inteligencia, la investigación de la capacidad de adaptación (método diseñado por los psicólogos del Tribunal), el diagnóstico de la forma específica e inespecífica de agresividad, el diagnóstico de la personalidad utilizando el psicodiagnóstico de Rorschach, el Bender-Gestalt, el TAT, etc. (Por el año 1954, en este Tribunal para Menores, ya que la mayoría de los jueces eran psicoanalistas de la escuela de Fromm, la orientación predominante era la búsqueda de los mecanismos de la personalidad de los menores delincuentes establecidos en la caractereología frommiana). En la Maternidad "Ávila Camacho" existía un servicio integrado por un psiquiatra, un psicólogo, un neurólogo, un psicómetra y una trabajadora social. Se examinaba minuciosamente a los niños enviados al Servicio de Psicología utilizando las pruebas psicológicas de Gessell, Terman-Merrill, Goodenough, Machover, Rorschach y Rosenzweig, y en terapia psicológica se utilizaban métodos tales como la psicoterapia de juego, dibujo, modelos y psicoanálisis, ya que la orientación terapéutica se hacía extensiva a la madre y familiares (Nuñez, 1984). En 1936, el antiguo Departamento de Psicopedagogía e Higiene se convierte en el Instituto Nacional de Psicopedagogía, en el cual destaca el trabajo de 2 maestros de la Universidad: el Dr. Gómez Robleda y el Dr. Matías López Chaparro (Valderrama, 1983). En 1932 se inicia la adaptación de las pruebas colectivas Detroit-Engel, Pinther-Cunningham, Otis y Nacional de Inteligencia, esto para utilizarlas en la clasificación de los niños de ingreso a primaria y secundaria. Con estas adaptaciones, el Instituto Mexicano de Pedagogía intenta medir el

rendimiento intelectual y el aprovechamiento escolar (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983).

En los cuarentas se destacan en la aplicación de pruebas proyectivas el Dr. Santiago Ramírez, el Dr. Ramón de la Fuente y Pascual del Roncal. En este período también se observan las primeras aplicaciones de los tests fuera del ámbito educativo. En 1945 se aplican en escenarios clínicos, al abrirse un Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica en el Hospital Infantil de la Ciudad de México, el cual posteriormente fue transformado (en los años cincuentas) en un servicio integral que abarcaba tres áreas clínicas: la de desarrollo psicomotriz, la de diagnóstico de la conducta y la de psicoterapia (Nuñez, 1984; Valderrama, 1983). En el Hospital Neuropsiquiátrico "La Castañeda" se le daba gran importancia a la Psicología Clínica, en el cual el psicólogo clínico era considerado como un gran auxiliar indispensable del equipo terapéutico, y participaba no sólo en el psicodiagnóstico, sino también en el tratamiento. Se realizaba psicoterapia ocupacional y psicoterapia de grupo. Inicialmente la psicoterapia era solamente practicada por los psiquiatras y el psicólogo se limitaba en su labor a vigilar y controlar la evolución del tratamiento, aunque posteriormente se le permitió controlar la psicoterapia de grupo, el psicodrama y eventualmente la psicoterapia individual. En la segunda mitad de los años cincuentas, la rama de aplicación de la psicología más desarrollada por aquellos años era la Psicología Clínica (Nuñez, 1984).

Valderrama describe también el desarrollo académico de la psicología, tomando como eje fundamental la enseñanza en la U.N.A.M. La creación de la Escuela Nacional de Altos Estudios da origen a la enseñanza de la Psicología a nivel profesional, dándose en el área de Humanidades e inaugurándola el norteamericano James Mark Baldwin, en 1911. El 27 de octubre de 1916, Enrique O. Aragón funda el Laboratorio de Psicología Experimental, en presencia del Director de Altos Estudios, el Rector y el encargado del despacho de Institución Pública y Bellas Artes. Este laboratorio, el cual siguió el modelo de los instalados en Alemania, duró más de 30 años, durante los cuales se realizaron algunas demostraciones educativas y breves investigaciones sobre el tiempo de reacción y plestimografía. (Valderrama, 1983; Díaz Guerrero, 1980; Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). En 1924, la Escuela de Altos Estudios cambia su nombre por el de Facultad de Filosofía y Letras, y se imparten ahí las cátedras de Psicopedagogía y Psicosociología. Gradualmente, la impartición de materias psicológicas fue extendiéndose a diversas Escuelas y Facultades, tales como la Normal Superior, Medicina, Derecho, Comercio y Administración, y con esto se demostraba su importancia como disciplina autónoma, por lo cual se empezó a promover la creación de la Carrera de Psicología con un programa independiente y propio. En la Escuela Normal Superior, Ezequiel A. Chávez impartió las asignaturas de Psicología de la Adolescencia, Estadística Aplicada, Uso e Interpretación de las Escalas de Medición Mental y Aprovechamiento Escolar, con tópicos tales a cómo realizar la clasificación, diagnóstico y tratamiento de los alumnos que resultaran anormales (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983).

En 1932, después de algunas reformas en la estructura de la Facultad de Filosofía y Letras, se crea una Sección de Psicología dentro del plan de estudios de la carrera de Filosofía (Valderrama, 1983 ; Díaz

Guerrero, 1980; Nuñez, 1984). Por 1934, los Dres. Guillermo Dávila, Raúl González Enriquez y Alfonso Millán, quienes eran profesores de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., impartían conferencias acerca de la obra de Freud para los alumnos de la carrera de medicina y, ocasionalmente para un público más amplio (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). El Dr. Enrique O. Aragón funda en 1936 el Instituto de Psicología y Psiquiatría, el cual es cerrado dos años después. Para varios historiadores, 1937 es el año del inicio de la profesionalización de la Psicología, ya que en esta fecha se autoriza la creación de una Maestría en Psicología, formándose una comisión de la cual formaron parte Ezequiel A. Chávez, Enrique O. Aragón, Francisco Larroyo y Eduardo García Maynes, bajo la dirección del Dr. Antonio Caso, y siendo rector de la Universidad el Dr. Gustavo Baz (Valderrama, 1983; Díaz Guerrero, 1980; Nuñez, 1984; Lara Tapia, Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). Este plan de estudios se escalonaba en tres cursos anuales de disciplinas psicológicas para la obtención de la maestría, y fue, básicamente, obra del Dr. Ezequiel A. Chávez (Nuñez, 1984). Dicha maestría (en 1939) recibe la influencia del *existencialismo* y la *psicología gestaltista*, traídos por los "transterrados" españoles que llegaron a México producto de la lucha civil ganada por Francisco Franco (Valderrama, 1983; Díaz Guerrero, 1980). Antes de 1937 la enseñanza de la psicología en México no constituía un curriculum profesional, sino que se enseñaba solamente como asignatura dentro del programa de otros estudios profesionales (Filosofía, Educación, Medicina, Derecho) (Nuñez, 1984; Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). Los estudiantes interesados en la Psicología, debían de llevar cursos en la Facultad de Filosofía y Letras, en la cual, entre cursos monográficos diversos, cursaban Psicología General, y técnicas de laboratorio de Psicología, para obtener un grado en Filosofía con especialización en Psicología (Nuñez, 1984). La mayoría de los profesores tenían una formación médica (psiquiatras y cirujanos), lo cual influyó mucho para darle un matiz clínico y sólo recientemente se ha podido delinear su propio perfil predominantemente psicológico (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). En 1945 la enseñanza de la psicología adquiere su Departamento autónomo dentro de la Facultad de Filosofía y Letras, siendo su jefe el ex-rector de la U.N.A.M., el Dr. Fernando Ocaranza, y entra en vigor un nuevo plan de estudios, el cual comprendía tres años de estudios para la obtención de la maestría (Díaz Guerrero, 1980; Nuñez, 1984; Lara Tapia, Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). Durante los cuarentas y cincuentas, el profesorado estaba constituido por psiquiatras, psicoanalistas, abogados y filósofos, dándose un énfasis en la psicología clínica, educacional, y fenomenológica (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983; Díaz Guerrero, 1980). En los años cuarentas y cincuentas, la psicología mexicana es entendida esencialmente como psicoanálisis, psiquiatría, fenomenología y psicometría, tendencias que serán superadas en años posteriores, pero que continúan ejerciendo alguna influencia en la psicología del país (Galindo y Vorweg, 1985). En este mismo periodo, según Lara Tapia, la psicología es profundamente académica, teórica y con grandes limitaciones aplicadas y profesionales. Según el mismo Lara Tapia, dentro de los objetivos que perseguían los psicólogos en esos tiempos y que entonces apenas se bosquejaban y a partir de los cuales se ha desarrollado el perfil de la psicología hasta estar claros hoy en día

son: a) Un interés "humanístico", es decir, un interés profundo en el ser humano; b) Una orientación científica y de elevación científica; c) Una búsqueda de aplicabilidad, de un motivo "profesional", el cual en el presente es un motivo prioritario; d) Un contenido básicamente "social", a partir del desarrollo del país y de la concientización de sus problemas sociales, ligado a los grandes movimientos estudiantiles y progresistas. Estos 4 objetivos pueden seguirse a lo largo de la estructuración de la ciencia de la Psicología, y actualmente, según Lara Tapia, son sus características actuales, aunque en este desarrollo no han faltado obstáculos y dificultades. El mismo Lara Tapia afirma que la fundación posterior de la Facultad de Psicología se debe a la lucha por alcanzar la maduración de las motivaciones presentes desde el origen de la carrera (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983).

En 1949 se formalizó un plan de estudios más completo para el Departamento de Psicología, plan que con una serie de modificaciones aún se encuentra en vigor ya que se incluían materias tales como Historia de la Psicología, Fisiología, Psicología General, Estadística de la Psicología, Investigación, Psicología Experimental, Psicología de la Adolescencia, Psicopatología Avanzada, Pruebas de Evaluación de la Personalidad, Psicometría, Psicodiagnóstico de Rorschach, etc., incorporándose por primera vez 96 horas de prácticas en las áreas clínica, social y pedagógica, llevadas a cabo en diversos "Centros de Aplicación" (escuelas y sanatorios) y bajo la dirección y consejo de los profesores asignados por el Departamento (Nuñez, 1984; Benavides y Cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983; Valderrama, 1983). Ese mismo año, el Dr. Efrén Cano del Pozo establece el primer laboratorio de Fisiología, en donde demostraba sus enseñanzas de la materia de Fisiología del Sistema Nervioso. En ese entonces fungía como Jefe del Departamento de Psicología el Dr. Raúl González Enríquez, quien publicó un libro llamado "Interpretación del Pensamiento Mágico", en 1948, introduciendo en México *el psicoanálisis humanista de Erich Fromm* y las investigaciones del soviético Lev S. Vigotsky. En ese mismo año se crea la Sociedad Mexicana de Estudios Psicológicos, la cual desapareció posteriormente. En los cincuentas, Pascual del Roncal, José Peinado Altable y Rafael Nuñez imparten en la Universidad cátedras sobre pruebas proyectivas y pruebas para niños (Valderrama, 1983).

En 1950, el Dr. José Zozaya organizó la impartición de cursos destinados a especialistas en Psiquiatría y Psicoanálisis en la U.N.A.M., por medio de la Escuela de Graduados, y según J. Benavides y colaboradores "el desarrollo del Psicoanálisis influye de manera importante en nuestro país aunque, en sus inicios, el movimiento psicoanalítico en México, con técnicas y métodos científicos colocados en entre dicho, sólo lograba el repudio general y académico; es con el paso del tiempo que se visualiza el desarrollo de la teoría y la práctica psicoanalítica" (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). La formación de psicoanalistas, propiamente dicho se inicia más tarde: Por los años 1947 y 1948, un grupo de médicos jóvenes toman la decisión de ir al extranjero para prepararse en psicoanálisis, debido a las limitaciones que existían para hacerlo en México, y se trasladan a Estados Unidos, Argentina y Francia, en donde reciben una preparación adecuada, creando una conciencia de formar una escuela sólida, debido a que en un principio, cualquier persona que hubiera tenido un contacto superficial con la literatura psicoanalítica

podría afrontar en forma silvestre esa psicoterapia. Este grupo de médicos jóvenes, seguidores del *psicoanálisis ortodoxo de Sigmund Freud* y quienes estaban afiliados a la Asociación Psicoanalítica Internacional, a través de las sociedades en las cuales se habían formado, y encabezado por Santiago Ramírez y Ramón Parrés, regresa a nuestro país a partir de 1952. A su llegada forman un grupo de trabajo y su propia asociación que, inicialmente, funcionó como "Grupo Mexicano de Estudios Psicoanalíticos", y en mayo de 1956 se crea la "*Fundación Psicoanalítica Mexicana, A.C.*". Al año siguiente se funda la Clínica Mexicana de Psicoterapia, la cual tiene una corta existencia de un año, debido a la falta de personal, lo que ocasionó que se transformara en la "*Asociación Psicoanalítica Mexicana*", como resultado del XX Congreso Internacional de Psicoanálisis, el cual se llevó a cabo en París, Francia, en la primavera de 1957. Mientras tanto, otro grupo de psiquiatras que permanece en México, quienes también veían la necesidad de recibir una mejor preparación, invitan al Dr. Erich Fromm a venir a México, quien llega a México en 1950, invitado por González Enriquez y otros más, e imparte cursos de *Psicoanálisis Humanista* en la Escuela de Medicina, ayudado por algunos profesores huéspedes, realizando además trabajos de supervisión y algunos seminarios de enseñanza (Valderrama, 1983; Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). En 1956 sus alumnos crean la Sociedad Mexicana de Psicoanálisis, y en 1963, el Instituto Mexicano de Psicoanálisis (Lara Tapia, Benavides y Cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983; Valderrama, 1983). Los *grupos psicoanalíticos frommiano y freudiano* dirigieron los cantinos de los psicólogos en los cincuentas, convirtiéndolo en un auxiliar psicómetra para establecer el diagnóstico e impidiéndole el incorporarse a actividades psicoterapéuticas, ya que no han tenido preparación médica. Es la época del desplazamiento de los *intereses tomistas* (Valderrama, 1983). Ambos grupos psicoanalíticos, debido a la magnitud de su desarrollo, fueron abocándose a preparar analistas didácticos o de supervisión y han sido durante mucho tiempo las corrientes de pensamiento predominantes para la estructura de la enseñanza de la Psicología en México (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). Según Lara Tapia, la importancia de estos dos grupos radica en la disputa que existió entre ellos en todas las áreas académicas, en el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina (fundado por Alfonso Millán en 1955), en el seno de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, y en el Colegio de Psicología, en el cual fue incrementándose el profesorado con ambas tendencias, existiendo mucho antagonismo y radicalismo entre estos dos grupos. La influencia académica de ambos grupos fue determinando gradualmente el incremento de materias de contenido psicoanalítico, las cuales fueron saturando los planes y programas de estudio, por lo cual, a los psicólogos profesionales, según Lara Tapia, les quedaban dos opciones: integrarse a cualquier grupo psicoanalítico ó pertenecer a un grupo anorfo, desorganizado, con tendencias básicamente psicotécnicas, filosóficas o psicopedagógicas, alrededor de maestros de estas orientaciones. Esto produjo una síntesis ideológica aún prevaleciente de forma parcial, y ante la cual la psicología de las siguientes etapas reaccionó de forma antitética. La fuerte tendencia clínica se incrementó en esta década y la siguiente, quedando como opción para los psicólogos clínicos el afiliarse a alguna de las dos tendencias predominantes. En forma aislada, Robles enseñaba una psicología clínica de

orientación europea no analítica. Según Lara Tapia, la perspectiva casi única era volverse paciente de algún psicoanalista de cualquiera de los dos grupos sin posibilidades de pertenecer a ellos, lo que constituía la fórmula única de adquirir cierta seguridad profesional y de ser aceptados en actividades subordinadas. Las posibilidades de convertirse en psicoterapeutas les estaban vedadas por no tener antecedentes médicos. Debido a esto, el trabajo de los psicólogos clínicos de aquellos años estaba reducido al psicodiagnóstico utilizando tests. Esto no era causado por un psicoanalista en particular sino por el tipo de sociedad profesional "...que, ejercitada bajo el modelo liberal, exigía un territorio clínico que le parecía propio y sobre el cual solamente podrían trabajar los psicólogos en forma colateral y subordinada, supervisada y controlada". Esto colocó a los psicólogos en un nivel subprofesional, ya que las oportunidades de trabajo estuvieron siempre sujetadas por los criterios normativos desarrollados por los psicoanalistas a partir de sociedades privadas donde se enseñaba un entrenamiento extra-universitario y de alto costo. El campo clínico fue definido como predominante en cuanto a tendencia profesional. Los psicólogos se encontraban divididos al afiliarse a alguno de estos dos grupos de manera no formal, quedando de esta manera impedida su organización profesional. Los que no se afiliaron (maestros normalistas, por lo general), estuvieron relativamente marginados orientándose hacia los problemas psicopedagógicos. Además, todo esto fue reforzado por el hecho de que la Dirección General de Profesiones no otorgaba la cédula profesional debido a que en ese entonces se decía que la Universidad expedía Grados Académicos, pero no Títulos Profesionales, lo cual subordinó aún más la actividad estrictamente profesional (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, págs. 35-38).

En 1952, bajo la Dirección de Guillermo Dávila, se aprueba un nuevo plan de estudios de tres años y medio de duración, propuesto por Dávila, Pascual del Roncal, José Luis Curiel y Oswaldo Robles. El grupo dominante en el Departamento en aquel entonces era el de *orientación tomista* (Valderrama, 1983). En el periodo 1952-1957, al que Lara Tapia llama de "asociaciones corporativas", se formalizan la creación de grupos definidos, cada uno con orientaciones diferentes y algunos de ellos con ciertas semejanzas. Existían para los estudiantes una gran variedad de orientaciones académicas, debido a que, como ya se comentó anteriormente, los profesores pertenecían a otras profesiones, y casi ninguno era psicólogo. Abundaban los estudiantes provenientes de la normal de maestros y esto le daba a la psicología un cierto interés aplicado y una tendencia psicopedagógica, mientras que el resto de los alumnos tenían una clara orientación clínica. Las prácticas de laboratorio eran muy rudimentarias. En las de Psicología Experimental se fundamentaban en aspectos psicotécnicos, psicométricos y biotipológicos, en las cuales predominaban las aproximaciones europeas (Viola, Pende, Kretschmer, etc.) (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). En la Escuela de Psicología, en 1952, el Dr. Pascual del Roncal inicia la enseñanza de la Prueba de Szondi, el Test de Apercepción Temática y el Rorschach, según el método de Bruno Klopfer, esto ya dentro de los programas de la escuela de Psicología. En ese mismo año, José Peinado Altable enseña en el área clínica las pruebas infantiles WISC, CAT, y la escala de desarrollo de Arnold Gessell, dándose el entrenamiento de estas pruebas en el centro Materno Infantil Ávila Camacho. En 1957, debido a la muerte del Dr. Pascual del

Roncal, el Dr. Rafael Nuñez comienza a impartir estas materias, dando adicionalmente enseñanza sobre el WAIS (Benavides y cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983).

En 1956, el antiguo Departamento de Psicología se convierte en el Colegio de Psicología, otorgándole a partir de 1957 el Doctorado en Psicología. Guillermo Dávila es sustituido por José Luis Curiel en el Consejo Técnico del Colegio. El *grupo frommiano* se queda definitivamente en la Escuela de Medicina, y el *grupo freudiano* se queda en el Colegio de Psicología (Valderrama, 1983). A finales de los cincuentas, la *psicología de orientación experimentalista* era únicamente sostenida por el esfuerzo de Rogelio Díaz Guerrero, sin embargo, este grupo fue preparándose para ganar más terreno, ya que en 1955 comienzan los primeros y amplios contactos con la *psicología experimental norteamericana*, gracias a visitas masivas de estudiantes que se mantuvieron durante toda la década (Díaz Guerrero, 1980). En 1957, durante la realización de un Congreso Mundial de Salud Mental celebrado en México, se crea la Sociedad Interamericana de Psicología, y se funda simultáneamente la Sociedad Mexicana de Psicología, como una rama de la Interamericana (Valderrama, 1983; Díaz Guerrero, 1980). La realización de este congreso, según Lara Tapia: "... planteó por primera vez en forma organizada los problemas de tipo profesional y académico que enfrentaba la Psicología en prácticamente todos los países latinoamericanos". Se encontraron semejanzas de estatus subprofesional y dependencia profesional de otras profesiones (por lo general médicos, filósofos, abogados, psiquiatras y psicoanalistas), así como dependencia académica en los curricula de las Facultades de Filosofía, con bajos presupuestos, carencia de laboratorios de enseñanza e investigación, práctica profesional deficiente y el no reconocimiento por parte del estado. Se hizo conciencia de las diferencias con respecto a la psicología de los Estados Unidos en cuanto a recursos, metas, y orientaciones en general, así como en recursos tecnológicos, aunque se afirmó la riqueza en cuanto a concepciones sociales. Después de este congreso hubo cambios en las respectivas escuelas de psicología de los países participantes, en cuanto a autoridades, planes de estudio, de actividad estudiantil, de participación de psicólogos en la docencia y de orientación académica y profesional, así como de lograr el reconocimiento oficial en cada estado nacional, y crear Facultades de Psicología independientes de las de Filosofía. Con esto, según Lara Tapia, se logró el cambio, y desde 1957, se planteó la necesidad de la creación de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, págs. 38-41).

Aunque la psicología como ciencia ya se enseñaba en México desde 1896, sólo se constituye propiamente como ciencia y como profesión en 1959 y 1960, cuando se funda la Licenciatura en la Facultad de Filosofía y Letras de la U.N.A.M., y a partir de ese momento, se inicia una etapa de expansión (Galindo y Vorweg, 1985). En 1959, se aprueba un curso básico de 4 años de duración, y culmina con el primer título de psicólogo profesional (Díaz Guerrero, 1980). En este curso, se incluyen tres nuevas asignaturas: Psicoterapia, Psicología de la Personalidad y Psicosexología, y dos nuevos seminarios: Psicología Clínica y Caracteroterapia (Nuñez, 1984).

En 1959, el Dr. Díaz Guerrero es invitado a dar un curso sobre personalidad y cultura en la Universidad de Texas, en Austin, llevando a 4 estudiantes (entre ellos Luis Lara Tapia y Héctor Capello) a

prepararse en E.U.A. Pero sería hasta la década de los sesentas cuando este grupo adquiriría un peso mayor en el Colegio. Los contactos entre psicólogos norteamericanos de la Universidad de Texas particularmente y psicólogos y psiquiatras mexicanos de la U.N.A.M se darían a partir del Tercer Congreso Interamericano de Psicología, en 1955, y entre 1959 y 1964, grupos de hasta 80 estudiantes de psicología visitaron los departamentos de psicología y de psicología educativa de la Universidad de Texas por tres semanas, e interactuaron con los cerca de 60 profesores de tiempo completo de estos departamentos en una gran variedad de campos de la psicología sin faltar los aspectos teóricos, los experimentales y los aplicados. Para finales de la década de los cincuentas, se dan los primeros brotes de investigación, amplia y sistemática, dirigida por Erich Fromm, sobre el carácter del campesino mexicano, y en el campo de la psicofisiología, por Raúl Hernández Peón (Valderrama, 1983).

En los sesentas, Carl Hereford llega a México y enseña estadística psicométrica y desarrolla la primera prueba mexicana de intereses vocacionales. El Dr. Starke Hathaway imparte cursos de psicología clínica y un seminario sobre el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), una prueba de su creación. (Valderrama, 1983; Díaz Guerrero, 1980; Benavides y Cols., "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). En 1963 se funda el Centro de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento, dentro del Centro de Cómputo de la U.N.A.M., siendo esto un momento importante de la historia de los tests en México, según Valderrama, ya que allí, bajo la dirección de Rogelio Díaz Guerrero, un grupo importante de psicólogos traduce y adapta una gran variedad de pruebas psicométricas, dando inicio a la etapa moderna de estos estudios en México. En Educación Especial también se realizan diversos trabajos en las diferentes décadas. Según Valderrama: "La década de los sesentas representa la respuesta de los psicólogos contra la hegemonía de las *aproximaciones psicoanalíticas* en el Colegio" (Valderrama, 1983, pág. 27). Hacia 1960, los psicólogos trabajaban principalmente como auxiliares psiquiátricos y como aplicadores de tests, y a principios de esta década la psicología tiene una clara orientación psicoanalítica y psicométrica. Los planes de estudio están dirigidos a la aplicación de tests y a la práctica clínica privada, sin realizarse aún investigaciones de carácter científico en psicología, publicándose únicamente algunos trabajos, la mayoría de orden especulativo, en revistas de corta vida, durando esta situación algunos años, y continuando ese perfil aún en nuestros días. Para Galindo y Vorweg, el desarrollo de la psicología en México durante los años 1960-1981 representa principalmente la lucha de los "nuevos psicólogos"- a menudo autodidactas -por cambiar ese orden de ideas, transformándose el perfil de la psicología lenta pero notoriamente en los años sesentas y setentas, desarrollándose en este período bajo un influjo considerable de la psicología estadounidense, quedando los autores de Europa Occidental y de la Unión Soviética (Pavlov, Luria y más tarde Leontiev) como una influencia reducida que se abre paso lentamente (Galindo y Vorweg, 1985). Los psicólogos, al decir de Lara Tapia, buscaron en la *psicología experimental* la opción que les permitiera lograr sus objetivos de lograr su identidad y un campo de trabajo específico, así como incidir en la toma de decisiones. Según Lara Tapia, el control creciente por parte de las sociedades analíticas determinó que los psicólogos tomaran cada vez más conciencia sobre sus condiciones profesionales, y se adquirió la conciencia

sobre lograr la autodeterminación académica, la cual podría incidir en el campo profesional, y que debería de dotarse a la carrera de un modelo en estricto sentido psicológico en contraposición al modelo médico, en cuanto a la metodología como en el contenido del currículum. Se deberían diversificar las áreas de aplicación para romper la profunda influencia clínica. Asimismo, debería de lograrse mayor autodeterminación participando con mayor amplitud en los órganos de decisiones, y debería de estimularse el latinoamericanismo (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). El *impulso experimental* fue cobrando fuerza, gracias al apoyo de los viajes masivos a universidades norteamericanas, un programa de traducción de textos bastante amplio, por la realización de múltiples congresos y por la llegada de estudiantes becados (Valderrama, 1983). El impulso experimental, según Lara Tapia, permitió el desarrollo de otras áreas de la psicología (Educativa, Del Trabajo, Social, Psicofisiología, Análisis Experimental de la Conducta), y esto se logró gracias a que la sección experimental (fundada en 1966) dentro del Colegio era la única no dominada por los psicoanalistas u otras profesiones, y constituía una vía de desarrollo profesional y autodeterminación académica, y en menor o mayor grado esto ha ocurrido en otros países y ha propiciado el desarrollo de una disciplina orientada científicamente (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). La apertura del Centro de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento permitió al Colegio desarrollar investigaciones extensas sobre desarrollo humano y cultura. Esta época es la del florecimiento y expansión de la psicología en el Colegio y en toda la república, ya que aumentan el número de estudiantes inscritos en el Colegio y el número de escuelas de psicología también aumenta. En 1964 es creada la Escuela de Psicología en Jalapa, Veracruz, dentro de la Facultad de Ciencias de la Universidad Veracruzana, un hecho importante ya que fue la semilla *experimental* de la creación de nuevos programas con orientación hacia el análisis y la *modificación de conducta*. Muchos de los psicólogos formados en esta escuela reforzaron el *profesorado experimental* del Colegio de Psicología, en 1971-72. En 1966 hay un nuevo plan de estudios con una duración de 5 años y cargado con muchas *materias experimentales* careciéndose de profesorado capacitado para impartirlas. Se organiza el Colegio de Psicología en forma de Departamentos: Psicología Social, *Psicología Clínica*, Psicología General Experimental y Metodología, Psicología Educativa y Psicología Fisiológica (Valderrama, 1983). Se nombra al Dr. Santiago Ramírez como coordinador del Colegio, y según Lara Tapia, este coordinador tuvo un gran respeto por los psicólogos "propriamente dichos" como él los llamaba, así como una gran colaboración, lo cual permitió que posteriormente se crearan asociaciones psicoterapéuticas de psicólogos clínicos. El nuevo plan de estudios fue heterogéneo y equilibrado, según Lara Tapia, porque se permitió que *frommianos*, ortodoxos, psicólogos de orientación experimental y estudiantes intervinieran por vez primera junto con las autoridades en forma unificada, lo que hizo que se redujeran las tensiones y diferencias de grupo. Se creó un grupo de profesores jóvenes quienes sin sueldo ni reconocimiento oficial comenzaron a impartir prácticas "de laboratorio" y quienes tomaron seminarios fuera de currículum en los cuales se aprendía lo no impartido de forma oficial pero que se consideraba necesario. Se fortalecieron las orientaciones científicas de la carrera debido a la llegada del extranjero de maestros y doctores, lo cual permitía una competencia más digna e

igualitaria. Se incrementaron las comunicaciones con psicólogos de otras universidades, en particular con los de Jalapa, en la cual sus profesores eran psicólogos en su mayoría, lo que servía de modelo de independencia (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). Según Díaz Guerrero, en 1966 existió una revolución académica interna en el Colegio de Psicología de la U.N.A.M., ya que hubo demandas de cambios radicales en el "anticuado y un tanto cuanto dogmático curriculum", provenientes de profesores, muchos de ellos psicólogos (más bien que de psiquiatras o filósofos) que habían visitado la Universidad de Texas (Díaz Guerrero, 1980). Con el Movimiento Estudiantil de 1968, se vieron afectadas las estructuras universitarias, en lo académico, en la participación estudiantil, en los conflictos de autoridad, en los movimientos sindicales, etc. El Dr. Ignacio Chávez termina su función como rector y ocupa su puesto el Ing. Javier Barros Sierra, quien moviliza la Reforma Universitaria, mientras que el Director de la Facultad de Filosofía y Letras era el Dr. Leopoldo Zea. Todos los cambios causaron planteamientos que la Facultad de Filosofía y Letras no podía ya satisfacer; sin embargo, las autoridades de esta Facultad así como los grupos que favorecían la dependencia profesional se oponían al desprendimiento de la Lic. en Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras para fundar una Facultad de Psicología. Además existía una explosión demográfica de estudiantes de psicología, la cual fue incrementándose hasta ser cada vez más necesaria la creación de la Facultad. Otros cambios fueron la creación de Escuelas de Psicología en diversas partes del país. A fines de 1968, el Colegio de Psicología se traslada a la ex-Escuela de Comercio, la cual se trasladó a nuevas instalaciones (Cueli, Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983).

En 1969, renuncia voluntariamente el Dr. Santiago Ramírez a la Coordinación del Colegio de Psicología, lo cual produjo cierta disociación dentro del Colegio, al plantearse la sucesión administrativa, y según Lara Tapia, "...después de algunas escaramuzas, quedaron como candidatos a la Coordinación, que incluso fue amenazada en quedar dividida en una matutina y otra vespertina (hecho que hubiera disociado al Colegio de Psicología y cuyas consecuencias no pueden predecirse), el Dr. José Cueli, propuesto por el Dr. Santiago Ramírez para sucederlo, y el Dr. Rogelio Díaz Guerrero, propuesto por los psicólogos. Durante la votación de los jefes de departamento, el Dr. Díaz Guerrero propuso a José Cueli, renunciando a su candidatura y Cueli fue nombrado Coordinador, puesto que ocupó desde mediados de 1969 hasta principios de 1973, etapa que llamo "de transición" " (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, págs. 53-54). Según José Cueli, su elección como Coordinador fue una negociación, ya que él sustituye al Dr. Santiago Ramírez como cabeza del movimiento psicoanalítico a condición de que los psicoanalistas votaran por Luis Lara Tapia para que llegara al Consejo Universitario por Filosofía y Letras, lo que da idea de la fuerza que representaba el Colegio y los psicoanalistas en la Facultad. Según Cueli, existía toda una gama de doctrinas e ideologías que buscaban su hegemonía en el Colegio, y la Psicología no tenía aún identidad, y entre las metas de su labor como Coordinador estaban: el lograr la independencia del Colegio de la Facultad de Filosofía y Letras, para la creación de la Facultad de Psicología; conjuntar las diferentes corrientes psicológicas, que incluían ideologías encontradas para crear un plan de estudios de Psicología en Licenciatura, Maestría y Doctorado; construir un edificio adecuado a las necesidades de la psicología actual;

la creación de la Universidad Abierta; la creación de un organismo para conjuntar las diferentes escuelas de psicología por medio de una revista; crear un Centro de Investigación, y por último, el objetivo más importante, desarrollar una psicología nacional para marginados, por lo que se inician trabajos en Cd. Netzahualcóyotl con grupos pilotos en los que se integraron aspectos teóricos y prácticas con metodologías afines. "Más que en el proceso mismo de identidad del psicólogo, se pensó en la idea total de la psicología y en proporcionar los instrumentos y técnicas para el trabajo social en el país". Según Cueli, hasta su dirección, la Psicología, independientemente de los cursos había tenido líneas directrices basadas en el tonismo y algunos cursos que eran modas, y que a partir de 1966 se impuso el psicoanálisis, aunque sólo por unos años, impartándose el psicoanálisis teórico, la cual era su parte más acabada e importante, pero no fue comprendido. Los alumnos reclamaban la enseñanza clínica y práctica, la cual, se daba por fuera del Colegio, debido a su estructura, en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (freudianos) y en la Sociedad Psicoanalítica Mexicana (frommianos), y en otras sociedades disidentes del psicoanálisis freudiano fundadas posteriormente, pero cuyo cimiento y estructura se consolida en la Escuela, antes Colegio y actualmente Facultad de Psicología. La especialidad del psicoanálisis de los grupos psicoanalíticamente orientados dentro de la Universidad es impedida por dos razones: el psicoanálisis personal y las supervisiones que requieren de una estructura específica. El psicoanálisis pasaba a ser otra corriente más, que pasaba como moda, ya que las demás corrientes reaccionaron en contra de este en un frente común. El conductismo, como antes el tonismo y luego el psicoanálisis tomaba fuerza. Sin embargo, en su administración, según Cueli, se logró también: la estructuración de prácticas en hospitales para el área clínica, en empresas para la industrial y en colegios para Educativa; se estructura un nuevo plan de estudios; el incluir a la Psicología en el plan de estudios del Colegio de Ciencias y Humanidades (Cueli, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, págs. 19-25).

También en 1969, en la ciudad de Jalapa se realiza el primer Congreso Nacional de Psicólogos (Valderrama, 1983). Durante un año (1970-71), debido a los problemas políticos en el Colegio de Psicología, funcionó un Consejo de Representantes, con la intención de imponer un Autogobierno, con una dirección paritaria de maestros y alumnos, pero dicho movimiento no prosperó por falta de apoyo por parte de la comunidad de psicología (Cueli, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). Mientras tanto, en el Colegio de Psicología de la U.N.A.M., los *experimentalistas* desplazan casi por completo a los *psicoanalistas*, propugnando por un cambio en el plan de estudios, cosa que lograron en 1971 con un *currículum de alto contenido en materias experimentales* (Valderrama, 1983). El Dr. Ricardo Guerra Tejada substituye a Leopoldo Zea en la Dirección de la Facultad de Filosofía y Letras, y según Lara Tapia, fue el mejor aliado para lograr la independencia del Colegio de Psicología, en comparación con otros directores de dicha Facultad, ya que propició la formación de un Consejo Académico representante de la autoridad del Colegio, siendo este el antecedente directo del primer H. Consejo Técnico formado ya creada la Facultad de Psicología años después. El rector era el Dr. Pablo González Casanova. Lara Tapia es nombrado el Consejero Universitario Maestro de la Facultad de Filosofía y Letras, y por nombramiento directo de Ricardo

Guerra, representante de Psicología en la División de Estudios Superiores de la Facultad. En 1970 se estructura un nuevo plan de estudios (vigente hasta la fecha con ligeras modificaciones), de 45 materias, en donde hubo participación más definitiva de los psicólogos, por lo que se logró que el plan de estudios tuviera 30 materias básicas para toda la carrera y la opción entre cinco subespecialidades para cursar otras 15 materias, y las materias básicas eran ya psicológicas en su totalidad. Se creó la infraestructura de la Universidad Abierta, fundada posteriormente. Según Lara Tapia, existían cada vez más demandas de la creación de la Facultad de Psicología, lo que hizo que se hicieran peticiones de la misma. Factores tales como: apoyo de estudiantes, la casi totalidad de los maestros de las diferentes áreas y la separación física del Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras, además del apoyo de Ricardo Guerra, quien logró el apoyo del rector González Casanova, quien colocó la primera piedra de los actuales edificios de la actual Facultad de Psicología en los primeros meses de 1972. Se aceptó también que el área de donde deberían provenir los egresados de bachillerato para ingresar a la Lic. en Psicología fuera la de Químico-biológicas, hecho que hacía que esta carrera saliera de los modelos exigidos por otros Colegios de la Facultad de Filosofía y Letras. González Casanova renuncia en 1972, siendo el nuevo rector el Dr. Guillermo Soberón Acevedo (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983).

La cristalización de este proceso de rápido crecimiento se lleva a cabo con la creación de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. por decreto del 27 de febrero de 1973, siendo el Rector de la U.N.A.M. el Dr. Guillermo Soberón y el Director de la Facultad de Filosofía y Letras el Dr. Ricardo Guerra. El 23 de marzo de 1973 el Dr. Luis Lara Tapia es designado como Director de la primera Facultad de Psicología en América Latina (Valderrama, 1983). Lara Tapia toma posesión como Director en el Auditorio de la antigua Escuela de Economía, entonces sede del Colegio de Psicología. En ese año la Facultad se traslada a sus actuales instalaciones (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983). Según Galindo y Vorwerg, esto fue posterior a que en la Universidad Veracruzana se funda la primera Facultad de Psicología del país (Galindo y Vorwerg, 1985). En la recién creada Facultad de Psicología de la U.N.A.M., Lara Tapia, quien fue director de marzo de 1973 a marzo de 1977, fue el primer psicólogo que dirigió programas de psicología que habían estado anteriormente bajo el control de médicos, psiquiatras, filósofos y psicoanalistas (Díaz Guerrero, 1980).

Durante la administración de Lara Tapia, según él mismo: las actividades se basaron en el desarrollo de consolidar y elevar el nivel académico de la Licenciatura, así como el desarrollo de la División de Estudios de Posgrado: la proyección de la Facultad hacia la Universidad y hacia instituciones de servicio fuera de ella para afianzar la actividad profesional, y la creación de nuevas estructuras académicas y de investigación que garantizaron su desarrollo futuro, así como la difusión de la psicología científica. La estructura general de la Facultad fue de tipo departamental, tanto en Licenciatura como en Posgrado, y se respetó a todas las corrientes psicológicas, permitiendo su desarrollo y representatividad, permitiendo con esto un perfil con una amplia gama de posibilidades profesionales y teóricas. Los programas de estudio estuvieron basados en el Plan de 1971, organizándose su situación en el curriculum y dándoles objetivos

instruccionales de los que carecían. También se logró, después de gestionarlo ante la Dirección General de Profesiones de la S.E.P., la obtención de la Cédula de Profesiones para los psicólogos, esto en 1973. Se construyeron un bioterio y laboratorios equipados con material electrónico moderno que (según Lara Tapia) elevaron el nivel académico a grandes alturas "...y que desgraciadamente, el prejuicio destruyó en 1977. Sin dejar nada a cambio, como ocurre con la destructividad". Se creó una nueva Biblioteca. Se crearon maestrías y doctorados en : Psicología General Experimental, Análisis Experimental de la Conducta, Psicología Fisiológica, Psicología Educativa, Psicología Social ; Especialidades en Terapia de Grupo en Instituciones, y en Desarrollo Infantil. También se creó el Sistema de Universidad Abierta , y se participó en los esfuerzos iniciales para fundar las Escuelas de Psicología Social y de Psicología Educativa de la Universidad Autónoma Metropolitana, así como en la creación del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (C.N.E.I.P) y del Colegio Nacional de Psicólogos. También se propició el desarrollo de profesorado para enfrentar la sobrepoblación en psicología (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, págs. 64-70).

Debido al exagerado crecimiento de la población estudiantil en la U.N.A.M. y dentro del proceso de modernización de la misma, en 1975 y 1976 se fundan dos nuevas sedes destinadas a las ciencias de la salud, en donde también se forman psicólogos: la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (E.N.E.P.) Iztacala y la E.N.E.P. Zaragoza (desde 1993, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, ó F.E.S. Zaragoza). En Iztacala se aplica un plan de estudios totalmente orientado hacia el conductismo, pero en Zaragoza los esfuerzos semejantes de los conductistas no llegan a consolidarse, sino que el plan de estudios en esta E.N.E.P. (actualmente F.E.S.) Zaragoza tiene como preocupación el dirigir la psicología hacia las necesidades de la sociedad mexicana. En los años siguientes Iztacala tendrá una influencia importante en todo el país. El análisis experimental de la conducta y la modificación de esta se convierten en la orientación que más influye en la formación de los psicólogos del país (Galindo y Vorweg, 1985). En la elaboración de los planes de estudio de Iztacala y Zaragoza participa la administración de Luis Lara Tapia (Lara Tapia, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983) . Hacia 1976, la psicología se enseña en la U.N.A.M. en cuatro centros: Facultad de Psicología, E.N.E.P. Iztacala, E.N.E.P. Zaragoza (actualmente F.E.S. Zaragoza) y Sistema Universidad Abierta (Galindo y Vorweg, 1985). A finales de los sesentas y principios de los setentas muchos psicólogos mexicanos adoptaron un enfoque Skinneriano dogmático, pero por 1976, en reacción a este dogma, emergieron ó re-emergieron otras cuatro tendencias: la psicología cognoscitivista, la psicodinamia, un tipo especial de psicología social aplicada y una conciencia crítica acerca del estatus científico de la psicología y de sus metodologías (Díaz Guerrero, 1980). Para Galindo y Vorweg, el movimiento conductista en México es en muchos aspectos, el más radical, ya que se rechaza sin compromisos a toda la psicología "tradicional" para construir una "nueva" psicología, y se critica a la psicología "tradicional" no sólo científicamente sino desde el punto de vista de su resonancia social. También existen graves enfrentamientos con el psicoanálisis, acusándoseles de ser una escuela idealista, sin base científica, cuya práctica clínica individualista está al servicio de los burgueses. Asimismo se critica a las

escuelas cognoscitivas por su metodología y sus explicaciones "mentalistas". Además, se critica a la formación tradicional de los psicólogos por ser anticuada, elitista, ecléctica, especulativa y caótica y por carecer de objetivos. Todas estas discusiones alcanzan su punto culminante en 1977, cuando se encomienda al C.N.E.I.P. (Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología) la tarea de elaborar nuevas líneas directivas para racionalizar la formación de los psicólogos. Para los conductistas, la tarea de la psicología es el estudio objetivo de la conducta y su instrumento de investigación es la metodología operante, por lo que se hace investigación con animales para encontrar leyes de conducta y extrapolar estas a los seres humanos. La psicología aplicada es la aplicación de los principios y los métodos de la psicología experimental en diferentes campos del comportamiento humano. La modificación de la conducta es el lado aplicado de la psicología experimental, y debido a esto, el laboratorio y la investigación tienen un papel fundamental en la formación de los estudiantes, y debido a ello también se organizan laboratorios de enseñanza e investigación con centros de modificación de conducta -clínicas psicológicas- mutuamente vinculados en los nuevos planes de estudios. Como la base de este trabajo existe una concepción de la psicología como una ciencia capaz de solucionar problemas semejantes de modo puramente tecnológico, sin categorías sociales. Se intentaba crear una psicología "propia" mediante la creación de programas de modificación de conducta apropiados para las condiciones de México, para diferenciarse de la psicología estadounidense, surgiendo la idea de crear una psicología destinada al Tercer Mundo y no sólo una "psicología mexicana". Se busca solucionar problemas sociales urgentes de las masas explotadas en los campos de la salud, la educación, la producción, la organización social y la defensa del ambiente. Para Galindo y Vorweg, el movimiento conductista moderniza a la psicología mexicana dándole una directriz en el mundo de lengua castellana. Este movimiento, al ser esfuerzo ya no de personas aisladas como en el pasado, logra dar a la psicología un carácter moderno, aceptado y exigido en la sociedad, aunque con todas las limitaciones conceptuales que posee el conductismo (Galindo y Vorweg, 1985).

Díaz Guerrero fungió como Director interino de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. por tres meses mientras se realizaba una exploración universitaria para decidir la instalación de un nuevo director. En dicho período, según Díaz Guerrero: "...se removían, hasta los cimientos, todas las fuerzas políticas de la Facultad ...", y "...en los últimos días de este período, la revuelta política propiciada por el desorden mencionado hizo explosión y se declaró la huelga estudiantil más desastrosa de la que se tenga noticia en la vida de la Facultad" (Díaz Guerrero, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, pág. 75). Graciela Rodríguez de Arizmendi fue elegida por la junta de gobierno de la universidad, después de meses de realizarse una consulta con el profesorado y los estudiantes. La segunda Directora de la Facultad de Psicología tomó posesión en la explanada de la Facultad, y tuvo que organizar su administración en diversos locales. Según Díaz Guerrero "...pasaron muchos meses, pero finalmente las fuerzas de la coherencia derrotaron al anarquismo y los siguientes años fueron de los más productivos que ha conocido la Carrera de Psicología en México" (Díaz Guerrero, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, pág. 75; Díaz Guerrero, 1980).

En 1981, se eligió como Director de la Facultad de Psicología para el cuatrienio 1981-1985 al Dr. Darvelio Castaño, "...quien contaba con las más amplias simpatías, tanto de la gran mayoría de los maestros como del estudiantado" (según Díaz Guerrero). En su período se hicieron una amplia consulta de las mejores maneras de como promover la enseñanza, la investigación y la difusión de la psicología. Se instituyó un programa de apoyo a la investigación, un programa de educación continua con cursos de actualización, y apoyó la realización del Tercer Congreso Nacional de Psicología y la organización del XXIII Congreso Internacional de Psicología de la Unión Internacional Científica de Psicología, que se realizó en México en 1984 (Díaz Guerrero, "Una Década en la Facultad de Psicología", 1983, pág. 76).

En cuanto al campo de trabajo, por 1981 los psicólogos laboraban en numerosos campos de la educación, la empresa, la industria, la salud, la vivienda y en la investigación, por ejemplo la de las drogas. Por 1982, el conductismo sigue determinando la imagen de la psicología, aunque cada vez son más claras otras tendencias y los propios conductistas se plantean los apremiantes problemas sobre las limitaciones de los conceptos del conductismo. Además, la crítica a la psicología desde el enfoque de las ciencias sociales marxistas ha tenido gran apoyo en la nueva generación y es tomada seriamente por los psicólogos de pasadas generaciones. A través del freudomarxismo, el psicoanálisis ha cobrado nuevo impulso de manera especial debido al crecimiento y difusión del freudomarxismo. Esta evolución ha llevado a una situación, iniciada hacia 1976, en la que el psicoanálisis se perfila nuevamente como una alternativa contra el conductismo, esto fomentado por psicólogos emigrados de Sudamérica. Existen muchos grupos de este tipo en diferentes instituciones del país. Además crece el interés por la psicología, el psicoanálisis y la psicología social franceses, por ejemplo, Lacan y Moscovici, y por la psicología humanista de Rogers. En esa época también (1982) los mismos conductistas "clásicos" de México llevaban a cabo una discusión sobre los propios conceptos. En ese entonces era prematuro decir cuál escuela decidirá finalmente la próxima etapa mexicana. (Galindo y Vorweg, 1985).

1.3 COMENTARIOS SOBRE LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ESTADOS UNIDOS, EUROPA Y MÉXICO.

Como se puede ver, la psicología ha tenido un largo desarrollo, en el cual distintas corrientes han predominado más que otras, según el periodo histórico de que se trate. El desarrollo de la psicología como ciencia tiene 120 años, y por lo tanto, es una ciencia joven, en la cual, durante su desarrollo, se han ido creando diversas ramas de aplicación. La psicología clínica tiene 100 años de haber sido fundada, y de los primeros años a la fecha, su campo de trabajo se ha ido ensanchando, ocupando campos anteriormente no existentes. En el caso de la psicología clínica, se observa, con respecto a la historia de esta disciplina en Estados Unidos y Europa, que se han ido desarrollando áreas tales como el psicodiagnóstico, la investigación, y después de la Segunda Guerra Mundial, el área de intervención clínica, una área antes vedada, tanto por razones históricas (no formaba parte de sus objetivos iniciales) como políticas (el que tanto psiquiatras como psicoanalistas lo consideraran como campo exclusivo de sus respectivas profesiones). En esto hay un paralelismo con México, aunque con algunas diferencias, dado que los avances científicos

siempre llegan con tiempo de retraso a México. En nuestro país, al igual que en Europa y Estados Unidos, la profesión del psicólogo clínico tenía entre sus funciones iniciales el psicodiagnóstico y la investigación, y con algunos ejemplos aislados durante los años treinta a cincuentas, la intervención clínica no formaba parte de sus funciones, y al igual que en Estados Unidos, los psiquiatras y los psicoanalistas controlan la actividad de intervención del psicólogo, supervisándolo bajo el modelo médico, y utilizándolo como psicómetra inicialmente, y como terapeuta en casos poco severos que no invadieran el campo médico. También se observa que la profesión de psicólogo como tal obtiene su reconocimiento oficial en México hasta 1959-60, cuando se crea la Licenciatura en Psicología en el Colegio de Psicología dentro de la Facultad de Filosofía y Letras, y no es sino hasta 1973 que se otorga la Cédula Profesional. Puede observarse también que la psicología, al tener muchas corrientes de pensamiento, no ha logrado una identidad propia, ya que las diversas corrientes teóricas, encabezadas por grupos políticos que las han tomado como estandartes para darle a la psicología una identidad profesional y métodos propios, han luchado por el poder dentro del Colegio de Psicología inicialmente, y después de 1973 con la fundación de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. El ambiente académico y político dentro de la U.N.A.M. y en el caso de la Psicología ha influido en que esta disciplina tenga tantos cambios. Como dicen algunos de los autores citados, las corrientes teóricas en psicología han sido modas pasajeras que sirven a los intereses políticos de quienes dicen ser sus seguidores. Puede pensarse que debido a todas estas razones históricas el perfil profesional del psicólogo no sea muy definido, y en el caso de las funciones de intervención del psicólogo clínico, en el área de intervención esto influya, ya que la delimitación en áreas de subespecialización en la estructura académica de la psicología dentro de la U.N.A.M. se da a partir de mediados de los años sesentas, pasando por varios cambios curriculares, en donde las diversas corrientes han peleado un lugar, pero sin llegar hasta la fecha a formar un perfil definido, ya que, en el caso del área clínica, no hay conexiones claras entre las materias del área clínica, y las materias del área de intervención, específicamente, son teóricas y sin dar modelos claros de uso de técnicas de intervención clínica. Dentro del plan de estudios actual (vigente desde 1971, con algunos cambios) se nota que no hay un interés de incluir a la intervención clínica como una función actual importante del psicólogo clínico, y esto debe modificarse, ya que entre las funciones actuales se demanda esta función por parte de los psicólogos.

La psicología, a través de su desarrollo histórico, ha tenido, como todas las demás ciencias, una importancia política para los Estados. Se ha utilizado la labor del psicólogo para resolver problemas y necesidades sociales, tales como problemas educativos, psicodiagnóstico, investigación y tratamiento psicológico, y no ha sido sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial que ha sido reconocido su trabajo terapéutico, y que ha logrado obtener independencia profesional. En comparación entre el desarrollo de la psicología en México y en Estados Unidos y Europa, la psicología en Estados Unidos, particularmente, tuvo una aplicación para atender necesidades del gobierno estadounidense durante la Segunda Guerra Mundial, primero, para clasificar a los reclutas entre capaces y no capaces, y posteriormente, para atender la problemática emocional de todos aquellos soldados veteranos de la Segunda Guerra Mundial, ante la falta de

psiquiatras suficientes para atender la demanda. El psicólogo clínico, tanto en Estados Unidos como en México, estuvo sujeto a la supervisión de los médicos psiquiatras en cuanto a labores de tratamiento más en particular, aunque en México esta sujeción pasó por varias profesiones: abogados, médicos, psiquiatras y psicoanalistas, todos buscando el poder político y profesional en el Colegio de Psicología de la U.N.A.M., institución base del desarrollo de la psicología en México. Diversas corrientes teóricas han dominado, pero todas han sido de origen extranjero, aunque tratando de adecuarlas al medio social mexicano. Desde sus inicios, en México, las corrientes de pensamiento han sido aliados políticos del gobierno para lograr también fines políticos, y lo que menos ha importado a los que han tenido y tienen el poder dentro del gobierno mexicano como dentro de las instituciones gubernamentales de enseñanza media y superior ha sido el mejoramiento de las bases teóricas y técnicas de la preparación de los psicólogos, en particular del psicólogo clínico. Todos han negociado y se reparten el "pastel" y no se preocupan por el mejoramiento de la profesión del psicólogo (particularmente en el área clínica) tanto en conocimientos como en su labor profesional y su situación laboral, esto último visto en cuestión de remuneraciones económicas adecuadas para el nivel de importancia del gremio de los psicólogos en general. La psicología, en México, ha tardado más que en Estados Unidos y Europa en adquirir una independencia profesional, y se ve el atraso en cuanto a conocimientos (lo mismo ó peor se observa en diversos países latinoamericanos). Con el pretexto de "adquirir una metodología y una identidad para el psicólogo fuera del modelo médico hegemónico en la Salud", la influencia estadounidense entró a México gracias a los psicólogos conductistas y experimentalistas en los años sesentas y setentas, quienes durante el tiempo de duración de su poder en el Colegio ó Facultad de Psicología fueron dogmáticos, y el que no fuera conductista no hacía "psicología científica". La dependencia del país en términos científicos, sin haber recursos necesarios para investigación y para lograr una auténtica psicología mexicana, adaptada a las necesidades reales del pueblo de México. La atención a los marginados también fue utilizada como bandera política. ¿Porqué no utilizar teorías y metodologías psicológicas no provenientes de Estados Unidos?. Por acuerdos políticos. Aunque debe reconocerse que, tanto conductistas y psicoanalistas, quienes alguna vez también tuvieron el poder, han reconocido errores, y la actual psicología mexicana, aunque todavía bajo el poder de los mismos grupos experimentalistas desde la fundación de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., han tenido que reconocer sus errores. En particular, los conductistas han dejado de ser tan dogmáticos y han tenido que cambiar sus creencias, ante las limitaciones de sus teorías y técnicas ante la realidad nacional, repartiéndose el "pastel" del poder político con otras corrientes. Los psicoanalistas también cambiaron, existiendo actualmente la posibilidad para los psicólogos de prepararse en técnicas terapéuticas derivadas del psicoanálisis, en diversas asociaciones psicoanalíticas encargadas de entrenar terapeutas, aunque esta preparación, en mayor o menor medida, sigue siendo elitista, dado los altos costos en el entrenamiento en algunas sociedades. Si entre las labores actuales del psicólogo clínico a nivel Licenciatura se encuentra la intervención, ¿porqué las autoridades de la Facultad de Psicología no actualizan el plan de estudios de la Licenciatura, lo hacen menos experimental, y preparan ó entrenan aunque sea en lo básico en técnicas de intervención, ya sean varias ó las más

importantes para atender la necesidad de la población de México en cuanto a problemas que requieren atención de intervención con técnicas psicológicas?. Se anteponen los intereses políticos personales ante las necesidades nacionales. El atraso en la educación en México, en todos sus niveles, se ve reflejado en los planes de estudio. Y en el campo de la psicología, específicamente en el área clínica, esto se ve reflejado, ya que en la labor de intervención del psicólogo clínico, ante la falta de conocimientos sólidos en el área de intervención clínica, y ante la necesidad de trabajar, les quedan como opciones: el improvisar a la hora de intervenir, ser autodidactas, "hacer lo que se pueda" como si se tratara de magia, asistir a seminarios de corrientes determinadas sin tener una visión más amplia de las técnicas de intervención, tomar cursos de actualización, ó, si se tienen los recursos económicos necesarios, ingresar a instituciones privadas de entrenamiento en técnicas de intervención, ó realizar cursos de especialización. Es una obligación histórica de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., como institución líder en psicología en nuestro país, el dar herramientas básicas necesarias para que sus egresados puedan desempeñarse lo mejor posible en su trabajo profesional, para que los psicólogos clínicos como gremio tengan un mejor reconocimiento y una mejor remuneración económica. El psicólogo clínico, en el mundo, dejó de tener entre sus funciones laborales sólo el psicodiagnóstico. Por esta razón se realiza esta investigación, para observar qué hacen los psicólogos al enfrentarse a una situación donde se requieren sus servicios en intervención clínica. Para ver qué opinan de su formación, para poder sugerir mejoras. La psicología actual y el país requieren profesionales capacitados para solucionar los problemas de salud mental de la población con un perfil profesional modernizado, más en particular, en el área de intervención clínica.

1.4 FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO A NIVEL DE LICENCIATURA EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M.

En este inciso se pretenden describir los objetivos que tiene el Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. para formar psicólogos clínicos, qué perfil y habilidades debe tener el psicólogo clínico egresado de esta Facultad, dónde puede laborar, así como describir la estructura actual del currículum del área de psicología clínica. Esto se realiza con el fin de conocer qué ofrece este currículum a los estudiantes interesados en el área clínica, así como saber con qué herramientas de trabajo se supone ó desea que tenga el egresado del área clínica de la psicología para enfrentarse a sus labores propias de su subespecialización en el campo laboral, que como ya se mencionó en el inciso a de este mismo capítulo (Historia de la psicología clínica en Estados Unidos y Europa) son: psicodiagnóstico, psicoterapia e investigación. Para este inciso se revisa el folleto "Guía para la inscripción de las áreas", una guía elaborada por la División de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. en 1992, la cual tiene como objetivos: que los estudiantes que terminen su sexto semestre (último semestre del tronco común del currículum de Licenciatura) tengan una información amplia de las actividades que puede desempeñar un psicólogo dentro de cada una de las áreas de subespecialización de la Licenciatura ofrecida en esta Facultad: clínica, educativa, laboral, social, psicofisiología y experimental.; que al conocer los programas de las distintas materias y las seriaciones que tienen, el alumno tenga elementos para seleccionar las asignaturas

para poder adquirir una formación sólida que le permita desempeñarse adecuadamente y responsablemente en el ejercicio profesional, para que esto redunde no sólo en la adquisición de satisfacciones personales, sino sobre todo en la integración del bagaje metodológico que asegure su éxito profesional futuro. En este caso sólo se revisa el capítulo correspondiente al área clínica, y se hará una breve descripción de parte de lo que contiene este capítulo.

Según esta Guía, el Departamento de Psicología Clínica tiene como principal propósito la formación teórico-práctica en el área clínica a nivel de Licenciatura, por lo que esta formación necesita proporcionar los repertorios conceptuales y técnicos con los que se pueda comprender la problemática psicológica para poder posteriormente atenderla en todas sus complejas modalidades de presentación ya sea de forma individual como familiar, grupal o comunitaria. En esta área de la psicología se estudian "diversas manifestaciones psicopatológicas, dificultades adaptativas, o incapacidades para afrontar problemas, conflictos, emocionales, etc., que pueden expresarse en el ámbito afectivo, cognoscitivo y/o conductual de la personalidad y de ese modo comprometer de diversas formas el bienestar o el desarrollo del ser humano" (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, pág. 7).

Sobre la formación profesional del psicólogo clínico, en esta misma Guía se expresa que se requiere de una estructura curricular que permita la integración de los aspectos teóricos con las aplicaciones técnicas que son necesarias para la solución de problemas emocionales. "Dicha formación se {¿da?} fuera {?} dentro {?} del marco teórico-metodológico desarrollado por la psicología General; mediante la incorporación de los conocimientos y habilidades necesarias para la comprensión de los procesos psicológicos involucrados en los fenómenos clínicos" (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, págs. 7-8). Esta preparación académica presupone un cuerpo teórico general el cual incluye teorías del desarrollo, de la personalidad, diversos modelos que expliquen lo "sano" y lo "enfermo", lo "desadaptado", lo "desviado", lo "disfuncional" o psicopatológico. Debido a la complejidad de las expresiones perturbadas del comportamiento humano y la amplia demanda de servicios que tienen los especialistas en Psicología Clínica, es necesario el proporcionar a quien se prepara en esta área diversas técnicas e instrumentos de evaluación, psicodiagnóstico e intervención para que pueda no sólo compararlos y validarlos y obtener resultados, y que también pueda predecir el comportamiento futuro, aplicar técnicas psicoterapéuticas o prevenir el que se manifiesten conflictos en el individuo, el grupo o la comunidad. Por lo tanto, la formación no puede concebirse sin la existencia de un entrenamiento necesario en el cual se realicen prácticas en escenarios profesionales bajo supervisión y asesoría. También es necesario que el psicólogo clínico cuente con una metodología para realizar la investigación, ya que esta actividad acompaña y conduce diversos momentos del trabajo clínico y es un elemento inseparable en la evaluación y tratamiento de problemas psicológicos: afectivos, conductuales y/o cognoscitivos. También el psicólogo clínico requiere tener algunas características de personalidad que debe conjugar con la formación académica, ya que al estar expuesto a problemas clínicos, se requieren para desempeñar el trabajo profesional con problemas clínicos, y para lograr comprender las demandas clínicas o manejar los procedimientos técnicos utilizados para la solución de los problemas que va a tratar, buscándose

al mismo tiempo que el desempeño profesional no afecte la propia estabilidad emocional, o que la situación personal del psicólogo interfiera en el manejo y comprensión de los problemas que enfrenta (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, págs. 8-9).

Sobre el perfil profesional del psicólogo clínico, se expresa que "el psicólogo clínico deberá ser capaz de identificar los procesos que intervienen en el desarrollo psicológico y en la conformación de la personalidad en sus diferentes estadios y niveles de funcionamiento, lo mismo en situaciones en que se consigue la adaptación como en las de naturaleza desadaptativa. En todos los casos necesitará, además, integrar los aspectos bio-psico-sociales determinantes" (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, pág. 9). Para tener una visión amplia del contexto en el que ocurren los conflictos deberá comprender y analizar los aspectos culturales, socioeconómicos y políticos, y la influencia que tienen la estructura y organización social en lo que se considera "sano" y "enfermo". Deberá identificar procesos de la comunicación en lo verbal y lo no verbal, los cuales son elementos centrales a la práctica clínica, e intervienen en la investigación, la evaluación y la intervención clínica.

En cuanto a las habilidades que el psicólogo clínico debe desarrollar, viéndolas en general, se tiene lo siguiente: detección, observación y registro de problemas clínicos a todos los niveles (individual, grupal, etc.); realización de entrevista psicológica (para realizar un *diagnóstico*, hacer una evaluación Y/o sugerir el tipo adecuado de intervención); habilidad en la utilización de técnicas e instrumentos psicológicos (en la evaluación y el diagnóstico); capacidad para determinar alteraciones neurológicas e intelectuales por medio de técnicas e instrumentos psicológicos; aplicación de técnicas específicas de la *intervención psicológica (orientación, psicoterapia, rehabilitación, etc.) ya sea al individuo, a la familia o al grupo social*; consultoría y asesoría psicológica para la solución de problemas; participación en la intervención y elaboración de programas para la aplicación de conocimientos psicológicos en solución de problemas clínicos en instituciones; capacidad para realizar *investigación* en el área de psicología clínica; participación en trabajo de equipo inter y multidisciplinario; participación en psicología comunitaria en la programación y realización de programas de prevención; capacidad para la realización de estudios de seguimiento de casos y programas (longitudinales y transversales); tener una actitud crítica ante los instrumentos de evaluación y diagnóstico utilizados; capacidad para el diseño y la elaboración de instrumentos de evaluación y diagnóstico. (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, págs. 9-12).

En cuanto a las funciones que puede desarrollar el psicólogo clínico, en general se citan: a) Participación en programas de Salud Mental (asistenciales, terapéuticos y de rehabilitación, psicoterapia breve e intervención en crisis, orientación familiar, individual, grupal o de pareja, terapia ocupacional, modificación y rehabilitación conductual y terapia de juego. b) Participar en programas de Salud Integral en diferentes niveles de atención: centros de salud comunitaria, clínicas familiares, atención hospitalaria, etc. c) Elaboración de psicodiagnóstico clínico: de personalidad, familiar, grupal y comunitario. d) Programación, desarrollo, análisis y evaluación del trabajo clínico a nivel institucional. e) Trabajo comunitario en prevención clínica en los tres niveles: educación para la salud, detección y tratamiento oportuno y

rehabilitación; f) Asesoría y consulta clínica privada o institucional. (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, pág. 12).

En cuanto al campo de trabajo del psicólogo clínico, se afirma en esta guía que su trabajo se dirige a poblaciones con problemas de salud mental ó que necesiten de orientación psicológica, en edades desde el recién nacido hasta personas seniles, en cualquier estrato social, racial y cultural. Entre los problemas que el psicólogo clínico atiende con más frecuencia están: alteraciones del desarrollo, problemas emocionales y de aprendizaje, adicciones, trastornos de personalidad, crisis del desarrollo y psicosociales, problemas psicosomáticos, stress, disfunciones familiares, problemas psicogerítricos, pacientes terminales, trastornos psiquiátricos, problemas neuropsicológicos, problemas vocacionales, etc. El psicólogo clínico puede desempeñar su trabajo profesional en : Instituciones del sector salud: hospitales generales, hospitales psiquiátricos, clínicas familiares, centros de salud, etc. ; Centros de desarrollo infantil; casas cuna; centros comunitarios de salud mental, instituciones educativas; centros de readaptación social, casas hogar para ancianos, Centros de integración juvenil, Programas de orientación vocacional, de educación sexual, farmacodependencia, alcoholismo, etc. (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, pág. 13).

En cuanto a la estructura curricular, en esta Guía se plantea que el objetivo fundamental del Departamento de Psicología Clínica es "el formar psicólogos clínicos, ofreciéndoles el marco conceptual mediante el cual detecten, reconozcan y diferencien la psicopatología y los trastornos de la personalidad; adquieran la capacidad para aplicar, calificar, interpretar e integrar estudios psicológicos con el fin de realizar el psicodiagnóstico de la personalidad, utilizar las diferentes técnicas psicoterapéuticas de manera individual, grupal y comunitaria, a fin de propiciar el desarrollo de la salud mental en nuestro país. El programa curricular del departamento incluye 20 materias las cuales han sido divididas en cuatro áreas o bloques" (Guía para la inscripción de las áreas, 1992, pág. 14). Se describen estos bloques y sus objetivos y la manera en como son impartidas:

1. Fundamentos teóricos:

1. Teorías de la Personalidad I: materia obligatoria impartida en el tronco común (tercer semestre) perteneciente al Departamento de Psicología Clínica, consta de 4 horas teóricas. Se pretende proporcionar al alumno un marco conceptual sobre el comportamiento humano en base a diferentes aproximaciones teóricas.

2. Psicología Clínica: materia obligatoria impartida en el tronco común (quinto semestre) perteneciente al Departamento de Psicología Clínica, consta de 3 horas teóricas. Se pretende plantear los aspectos teóricos más importantes del método clínico, las técnicas y aplicaciones derivadas del mismo y su aplicación al individuo y a la comunidad.

3. Teorías de la Personalidad II: materia optativa impartida en el octavo semestre, ya dentro del área de subespecialización clínica, consta de 3 horas teóricas, en la cual se pretende establecer un marco conceptual amplio para entender los conceptos y aproximaciones empleadas en el psicodiagnóstico y la intervención psicoterapéutica.

2. Psicopatología y alteraciones de la personalidad:

1. Psicopatología: materia obligatoria impartida en el tronco común (tercer semestre) perteneciente al Departamento de Psicología Clínica, consta de 3 horas teóricas y 2 horas prácticas. Se pretende que el alumno pueda distinguir y diferenciar los signos y síntomas para poder diagnosticar las enfermedades mentales.

2. Desórdenes Orgánicos de la Conducta Sociopática y Personalidad Psicopática: materia optativa impartida en el octavo semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 2 horas teóricas y 2 horas prácticas, con la cual se pretende que el alumno conozca las alteraciones de la personalidad {¿orgánicas ó debidas a factores orgánicos?} y las conductas desadaptadas resultantes de estas alteraciones.

3. Psicopatología de la Época del Crecimiento y Desarrollo del Hombre: materia optativa impartida en el octavo semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 2 horas teóricas y 4 prácticas, la cual tiene como objetivo el estudio y análisis del desarrollo normal así como de la patología que puede aparecer desde el nacimiento hasta la vejez.

4. Teoría General y Especial de la Neurosis: materia optativa impartida en el octavo semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual consta de 3 horas teóricas, en la cual el objetivo es que el alumno defina y describa las diferentes reacciones de neurosis.

5. Teoría General y Especial de las Psicosis: materia optativa impartida en el noveno semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual consta de 3 horas teóricas, en cuyo programa se incluyen la definición de psicosis, las concepciones de los trastornos psicóticos, etiología de la psicosis.

3. Psicodiagnóstico:

1. Evaluación de la Personalidad: materia obligatoria impartida en el tronco común (sexto semestre) perteneciente al Departamento de Psicología Clínica, consta de 3 horas teóricas y 2 horas prácticas. Se pretende que el alumno maneje, aplique, califique e interprete las diferentes pruebas psicológicas.

2. Pruebas de la Personalidad: materia optativa impartida en el octavo semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 2 horas teóricas y 4 horas prácticas, y tiene como objetivo el proporcionar las bases teóricas y dinámicas de la personalidad, y preparar para la aplicación y calificación de pruebas proyectivas y para la selección de baterías con pruebas estructuradas y proyectivas de personalidad.

3. Diagnóstico Psicométrico en Clínica: materia optativa impartida en el séptimo semestre, ya dentro del área clínica de subespecialización, la cual consta de 2 horas teóricas y 4 horas prácticas, y tiene como objetivo que el alumno defina y conozca las características de los tests psicométricos, así como obtener una muestra en el proceso de estandarización de los tests psicométricos y proyectivos y la clasificación de estas pruebas.

4. Integración de Estudios Psicológicos: materia optativa impartida en el noveno semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 2 horas teóricas y 4 prácticas, la cual tiene como objetivo el que el alumno realice un estudio clínico en base a los métodos y técnicas empleados en psicología clínica, para que elabore un reporte psicológico que contenga un diagnóstico y pronóstico del caso estudiado.

4. Intervención y ayuda:

1. Teoría y Técnica de la Entrevista: materia optativa impartida en el séptimo semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 2 horas teóricas y 4 prácticas, en la cual el objetivo es que el alumno sea capaz de conducir la entrevista clínica, que conozca los obstáculos que pueden presentarse en la misma así como identificar sus diferentes fases y que aprenda a registrar los datos surgidos en este proceso y a elaborar un reporte sobre estos.

2. Introducción a la Psicoterapia: materia optativa impartida en el séptimo semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 3 horas teóricas, en la cual se pretende que el alumno conozca el origen de la psicoterapia y sus fundamentos teóricos y que describa, analice y compare los diferentes tipos de psicoterapia y sus fundamentos teóricos.

3. Psicología Clínica y Psicoterapia I: materia optativa impartida en el octavo semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es también considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 3 horas teóricas, y se pretende que el alumno conozca los aspectos que se manejan en el proceso psicoterapéutico.

4. Psicología Clínica y Psicoterapia II: materia optativa impartida en el noveno semestre, dentro del área clínica de subespecialización, la cual es también considerada como básica dentro del curriculum del Departamento de Psicología Clínica, y consta de 3 horas teóricas. En esta materia el objetivo es que el alumno maneje fundamentos del psicoanálisis, que conozca y analice los diversos enfoques surgidos de éste, y que sepa distinguir las diferencias teóricas y prácticas mediante la revisión de casos.

5. Psicodinámica de Grupos I: otra materia optativa para ser cursada en el séptimo semestre de la subespecialización clínica y considerada también como básica, y que consta de 2 horas teóricas. Se pretende que el alumno conozca las características principales y propiedades de los grupos terapéuticos, su clasificación, los elementos de comunicación, conceptos que se han formulado sobre dichos grupos, y también la clasificación de las técnicas y tácticas grupales, para que pueda detectar, evaluar y realizar el psicodiagnóstico de las necesidades del grupo y pueda estructurar y planear programas para el logro de objetivos.

6. Psicodinámica de Grupos II: materia optativa impartida en el octavo semestre, dentro del área clínica de subespecialización. Consta de 2 horas teóricas. Se pretende que el alumno analice las técnicas que contribuyen a la comprensión de las relaciones entre individuo, familia y sociedad.

7. Modificación de Conducta: materia optativa de 2 horas teóricas y 4 horas prácticas, para cursarse en el octavo semestre del área clínica, cuyo objetivo principal es el utilizar procedimientos provenientes del condicionamiento para lograr cambios en conductas desadaptadas.

8. Rehabilitación Conductual: materia optativa de 2 horas teóricas y 4 horas prácticas, para cursarse en el séptimo semestre del área clínica, en la cual se pretende que el alumno maneje conceptos y aplique técnicas en el campo de la rehabilitación (Guía para la inscripción de las áreas, 1992).

1.5 COMENTARIOS SOBRE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO A NIVEL DE LICENCIATURA EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M.

Como puede observarse después de hacer esta revisión y descripción de los objetivos, habilidades, perfil, funciones y lugares de trabajo del psicólogo clínico que contempla la Guía para la inscripción de las áreas elaborada por la División de Estudios Profesionales de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. (en 1992), en el capítulo dedicado al Departamento de Psicología Clínica, se puede decir que se pretende cumplir con que los egresados del área clínica de subespecialización cubran las tres áreas mencionadas en los incisos anteriores de este capítulo de la presente tesis en cuanto a los campos de actividad del profesional de esta área, es decir: psicodiagnóstico, psicoterapia e investigación. Se contemplan además nuevas actividades como lo es la consultoría, la prevención y la elaboración de pruebas psicológicas. También se puede decir que teóricamente se tienen cubiertas las áreas de concepto del ser humano (materias del bloque de conceptos teóricos), concepto de salud-enfermedad mental (bloque de Psicopatología y alteraciones de la personalidad), psicodiagnóstico (bloque de materias de psicodiagnóstico), e Intervención (bloque de intervención y ayuda), aunque se descuida el aspecto de la investigación clínica, al cual se le menciona como importante, y el cual no tiene un bloque definido de materias dentro del área clínica. Se puede decir que estos objetivos muchas veces se quedan en lo puramente teórico, ya que los objetivos pueden o no ser seguidos por el maestro encargado de impartir las clases, porque el maestro, dependiendo de sus preferencias teóricas puede dar el contenido de sus clases como lo desee, quedándose en muchos casos el resultado de que el nombre de la materia y sus objetivos se alejan mucho de lo que el maestro imparte en la realidad. También los programas no pueden en ocasiones ser impartidos en su totalidad por el maestro, debido a que no se planean bien las clases y los tiempos dedicados a cada tema. También hay materias en las cuales se dice que contemplan prácticas, pero en la realidad esto puede ser falso, debido de nuevo a las características de algunos maestros, ó a asuntos burocráticos como el que la Facultad de Psicología no tenga convenios con instituciones públicas o privadas para que los alumnos pongan en práctica sus conocimientos y así se puedan lograr con completitud los objetivos de esas materias. También otro factor es el hecho de que en materias del área de intervención y ayuda sería lo ideal que siempre fueran impartidas según el contenido real de sus objetivos, por maestros con experiencia en intervención, con prácticas en instituciones, enfrentando al estudiante a la realidad profesional como se afirma que se hace en Estados Unidos y Europa (según lo revisado al principio de este capítulo de la tesis) y bajo supervisión de maestros con experiencia clínica e interés por enseñar. En este plan de estudios se pretende una formación más teórica que práctica, sin

conexión de conceptos entre sí y sin una amplia visión de diferentes teorías. También este plan de estudios contempla unas características deseables en los estudiantes del área clínica para ejercer el trabajo clínico, sin embargo no se expresa abiertamente que sea necesario que el estudiante interesado en el área clínica pase por una psicoterapia personal la cual le ayude a conocer, manejar y/o resolver su problemática psicológica (si se da el caso) y que pueda desenvolverse bien en su trabajo clínico. Debería de lograrse una integración entre lo teórico y lo práctico, lo cual sería lo ideal. Algunas materias están mal colocadas en el currículum., porque ¿como enviar a los estudiantes de tercer semestre de la materia de Psicopatología a los Hospitales psiquiátricos para hacer una entrevista clínica en base a cuadros clínicos del DSM-III ó IV, los cuales son puramente descriptivos, cuando no se cumple aún con los requisitos de saber hacer una entrevista clínica (ya que esta materia está situada en el séptimo semestre) y se carece de una formación teórica (dada en semestres posteriores) para entender en términos psicodinámicos el porqué de esos cuadros clínicos?. El perfil del psicólogo clínico que se pretende lograr no corresponde a lo que los objetivos de las materias buscan, ya que muchas actividades y conocimientos que se deben tener para cumplir con ese perfil no están contenidos en los objetivos de las materias. Por ejemplo, se afirma que el psicólogo clínico debe manejar diversas técnicas de intervención, y esto realmente no está contemplado en los planes de estudio, ya que, en realidad las materias del bloque de intervención y ayuda son muy teóricas, poco prácticas, es decir, no por conocer lo teórico se maneja realmente lo técnico y lo práctico y lo real al a la hora de realizar la intervención en el campo del trabajo profesional. Para esto, se requiere de un entrenamiento, basado en un conocimiento teórico bien fundamentado, y con prácticas en escenarios reales bajo supervisión de maestros con experiencia en intervención clínica. El que esto escribe cree que en nueve semestres no es posible cumplir integralmente con lo expresado del perfil del psicólogo clínico en cuanto al área de intervención se refiere. La mejor capacitación está dada en el psicodiagnóstico en algunos casos, y esto también dependiendo de qué maestro imparta la materia correspondiente. Con tres semestre de área clínica no es suficiente para lograr los objetivos y el perfil profesional deseable en los estudiantes y egresados de psicología clínica. Debe revisarse este plan de estudios para modificarlo, ó modificar las expectativas que se crean en los estudiantes interesados en cursar materias del área clínica. De lo contrario, al enfrentarse con la realidad laboral, el psicólogo sufrirá frustraciones porque se dará cuenta de que lo que él creía en la realidad es que tiene algunos conocimientos, pero no todos los que necesita para realizar la labor de intervención clínica de una forma aunque sea básica. No deben crearse falsas expectativas en los estudiantes. Debe haber una mejor preparación en técnicas de intervención, ya que si hace unos 25 años (vigencia del plan de estudios actual) el psicólogo sólo era demandado para hacer psicodiagnóstico, en la realidad actual se requiere que esté capacitado además (aunque sea básicamente) en alguna o varias técnicas de intervención, ya que se cree en el medio de la salud mental, que el Lic en Psicología clínica está capacitado para realizar ésta función. El plan de estudios tiene muchos puntos positivos, ya que a diferencia de otros planes de estudios (por ejemplo ENEP-Iztacala ó FES-Zaragoza ó U.A.M.) existe más variabilidad de teorías y de enseñanza de herramientas

de trabajo clínico, pero puede mejorarse y adaptarse a los requerimientos de la realidad laboral profesional de los psicólogos clínicos.

CAPÍTULO II:

APROXIMACIONES DE INTERVENCIÓN.

En este capítulo, se hace una revisión y un análisis de los puntos más importantes en cuanto al concepto del ser humano, proceso salud-enfermedad mental, y tratamiento (ó intervención) de las tres principales aproximaciones teóricas de intervención: Psicoanálisis, Humanismo y Conductismo. Para Korchin (1976), la intervención (específicamente la psicoterapia) contemporánea es dominada por tres orientaciones principales: la psicoanalítica, la conductual, y la humanista existencial. Para este autor, las numerosas y diferentes formas de psicoterapia comúnmente practicadas pueden ser vistas en términos de pertenecer a uno ú otro de estos tres grupos principales, aunque cualquier catalogación que se haga es necesariamente arbitraria. Estas tres orientaciones principales difieren no sólo en sus técnicas sino también en sus conceptos sobre la naturaleza del ser humano, el desarrollo de la personalidad y de la psicopatología, y en sus valores de lo que consideran como el estado de salud mental deseado. Este autor considera al psicoanálisis como el enfoque más antiguo, el más articulado y el de mayor influencia (Korchin, 1976). La razón de hacer la exposición y análisis sobre cómo son considerados estos conceptos (concepto del ser humano, concepto de salud-enfermedad mental, y tratamiento ó intervención) por estas tres aproximaciones radica en el hecho de que para hacer una intervención clínica en cualquier aproximación deben tenerse conceptos teóricos de cómo es considerado el ser humano, cómo se concibe lo que es salud mental y cómo se enferma mentalmente el ser humano, para poder definir un diagnóstico que ayudará a aplicar las técnicas de intervención dentro de alguna aproximación en particular; es decir, el tratar a un ser humano con técnicas de intervención está totalmente relacionado con cómo se le concibe como ser, cómo se le considera que está sano y cómo se enferma mentalmente, y a partir de esto surge un diagnóstico que sirve de guía para abordar su problemática psicológica.

En el inciso 2.1 de este capítulo se revisan a cuatro autores, los cuales son considerados como las corrientes más importantes dentro del Psicoanálisis, en lo que a teoría de la personalidad y teoría y técnica de intervención psicoterapéutica se refiere: Sigmund Freud (el fundador de esta corriente teórica de la personalidad y del Psicoanálisis como teoría y técnica de intervención psicoterapéutica); Heinz Hartmann y la Psicología del yo; Melanie Klein; y finalmente dentro de esta aproximación psicoanalítica, a Jaques Lacan. En el inciso 2.2 se revisan a los autores más importantes dentro de la aproximación de intervención llamada Humanismo (ó Humanista-existencial, según Korchin, 1976): Carl Rogers y la Psicoterapia Centrada en el Cliente; la Psicoterapia Existencialista; Fritz Perls y la Psicoterapia Gestalt. En el inciso 2.3 se revisa la aproximación de intervención llamada Conductismo. Finalmente, en el inciso 2.4 se hacen comentarios sobre estas tres principales aproximaciones de intervención.

2.1 PSICOANÁLISIS.

2.1.1. Sigmund Freud.

Para esta sección, se utilizó el libro "Esquema del psicoanálisis" de Sigmund Freud, que es una obra donde expone sus ideas de forma resumida sobre el psicoanálisis teórico y aplicado, en un lenguaje dirigido a personas que ya hayan tenido familiaridad con muchos de sus conceptos, por lo cual no repite definiciones anteriores de conceptos, sino da por hecho que el lector ya los conoce en su mayoría. Este libro fue escogido por ser una de las últimas obras de Freud (de hecho apareció póstumamente), en donde recoge las ideas que podrían considerarse como las definitivas de sus conceptos. En esta tesis, de este libro se analizaron las ideas principales con respecto al concepto del ser humano, el proceso salud-enfermedad mental y tratamiento, exponiéndolas de forma resumida y sin encargarse mucho por definir detalladamente términos psicoanalíticos

Concepto del ser humano. Para Sigmund Freud, el aparato psíquico tiene tres cualidades: lo inconsciente (las ideas ó recuerdos que están fuera de la conciencia), lo preconscious (las ideas ó recuerdos inconscientes que pueden hacerse conscientes fácilmente) y lo consciente (Hall, 1981). (A esto se le llama la primera tópica descrita por Freud). En su segunda tópica, Freud describió tres instancias psíquicas en el aparato psíquico: a) El *ello*, a lo que se designa como todo lo heredado biológicamente, es el lugar del origen de las pulsiones, en donde se encuentran las pulsiones sexuales ó de vida y de muerte (ó destructivas). El *ello* busca la satisfacción de las pulsiones sexuales; funciona bajo el principio del placer. Tiene la cualidad de ser inconsciente, y en él se encuentran el pasado filogenético, lo heredado y lo reprimido. Funciona bajo el proceso primario de pensamiento. b) El *yo*: el cual surge del *ello* y se diferencia de este debido a las necesidades de autoconservación del individuo y su relación con la realidad. Contiene las pulsiones de autoconservación, las cuales están incluidas en las de vida. Su labor consiste en, por una parte, dar satisfacción real con un objeto del mundo exterior, a las exigencias pulsionales del *ello* (ó sea, ser mediador entre el mundo exterior y el *ello*), dar satisfacción a las pulsiones, tomando en cuenta la realidad exterior (por el principio de realidad) y las exigencias morales (dictadas por el *superyó*). Es también un mediador entre *ello* y *superyó*. Funciona también como controlador de las pulsiones del *ello*. Como cualidades psíquicas, tiene partes preconscious, conscientes e inconscientes. Funciona bajo el proceso secundario de pensamiento. c) El *superyó*: contiene los valores morales que el sujeto adquiere de su interrelación con los padres y con la sociedad. Freud lo llama "el heredero del complejo de Edipo". Es el representante de lo heredado socialmente. Como cualidades psíquicas tiene el ser preconscious, consciente e inconsciente.

Concepto salud-enfermedad mental. La salud mental, para Freud, es el equilibrio en el funcionamiento de las tres instancias psíquicas (*ello*, *yo* y *superyó*). En la enfermedad mental, el *yo* se ve inundado por las exigencias del *ello* y del *superyó*, y no puede dar una solución real a estas exigencias (pulsionales y morales). El *yo* se encuentra debilitado en su funcionamiento. La enfermedad mental también está dada por los traumas infantiles reprimidos. En la infancia, el *yo* está en formación y no es todavía muy fuerte. Lo reprimido en el inconsciente provoca enfermedad mental.

Tratamiento. El tratamiento únicamente es utilizado con pacientes neuróticos, quienes en comparación con los psicóticos, aún tienen cierta coherencia intelectual (algún grado de organización del yo). El tratamiento consiste en la alianza del yo debilitado del individuo con el terapeuta, para poder encarar los conflictos reprimidos, venciendo las represiones para recordar lo reprimido (hacer consciente lo inconsciente). Por medio del uso de la transferencia positiva, el terapeuta controla y reeduca al superyó del paciente, para hacerlo menos castigador. "El médico analista y el yo debilitado del enfermo, apuntalados en el mundo exterior objetivo deben formar un bando contra los enemigos: las exigencias pulsionales del ello y las exigencias de conciencia moral del superyó" (Freud, 1980, pág. 174). Terapeuta y paciente hacen un pacto para que por medio del uso de la asociación libre (llamada la regla fundamental del psicoanálisis, que consiste en que el paciente diga al terapeuta todo lo que le venga a la mente, considérela o no importante), el sujeto y el analista puedan conocer lo reprimido en el inconsciente. La ampliación del conocimiento de sí mismo es para fortalecer al yo del paciente. Se exhorta, por lo tanto, al paciente a un trabajo intelectual y a que colabore con el terapeuta. El material de trabajo en la terapia psicoanalítica lo constituyen el significado de las comunicaciones y asociaciones libres del paciente, las transferencias, la interpretación de los sueños y las operaciones fallidas del paciente, para conocer el pasado olvidado, para entender lo que pasa en el paciente actualmente y no comprende. Los esclarecimientos (interpretaciones) se hacen cuando el propio paciente está a punto de llegar por sí mismo al esclarecimiento. Se trata de vencer las resistencias (de las cuales Freud hace una descripción de varios tipos de estas) para conocer lo reprimido. La transferencia es ambivalente; la transferencia positiva ayuda a la alianza terapéutica; la transferencia negativa hace peligrar la alianza terapéutica y los logros de la terapia. Existe una regla de abstinencia a los deseos del paciente, los cuales pueden servir de resistencia al tratamiento. Durante el tratamiento, por medio de interpretaciones puramente intelectuales se aspira a llenar provisionalmente las lagunas dentro de los dominios anímicos del yo del paciente. Se transfiere la autoridad del superyó del paciente al terapeuta. Se alienta al paciente a aceptar la lucha en torno de cada exigencia del ello y vencer las resistencias que así se producen y al mismo tiempo restablecer el orden dentro del yo del individuo pesquizando contenidos y aspiraciones que penetran desde lo inconsciente y despejando el terreno para la crítica por conducción a su origen. El terapeuta, en diversas funciones, sirve al paciente como autoridad y sustituto de los progenitores, como maestro y educador, y se habrá hecho lo mejor para el paciente si se elevan los procesos psíquicos dentro de su yo a nivel normal, se muda en preconscious lo devenido inconsciente y lo reprimido, y de ese modo se reintegra al yo lo que le es propio. "El desenlace final de la lucha que hemos emprendido depende de relaciones cuantitativas, del monto de energía que en el paciente podamos movilizar en favor nuestro, comparado con la suma de energías de los poderes que ejercen su acción eficaz en contra" (Freud, 1980, pág. 182).

2.1.2. Heinz Hartmann y la Psicología del yo.

Esta corriente surge en los años treinta, pero tiene su apogeo en los años sesentas, al emigrar muchos analistas europeos a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. La psicología del

yo tiene mucha cercanía con muchas ideas de S. Freud, ya que los autores de esta corriente profundizaron muchas ideas de S. Freud y las ampliaron, y otras de sus ideas las respetaron. El principal representante de esta corriente es Hartmann, aunque existen otros autores (Rapaport, Ana Freud, etc.). Entre los propósitos de esta corriente están el transformar el psicoanálisis en una psicología general, es decir, aplicar los conocimientos del psicoanálisis en el estudio de funciones mentales que habían estudiado los psicólogos académicos, funciones tales como: inteligencia, pensamiento, conocimiento, etc. Para los psicólogos del yo, históricamente el psicoanálisis se inicia con el estudio del inconsciente y del ello; lo que seguiría estudiar sería el yo y los fenómenos conscientes y preconscientes, por lo que se interesan por estudiar al yo y las funciones mentales anteriormente mencionadas. Su interés también radicaba en hacer una confluencia entre las ideas del psicoanálisis con las ideas de "raigambre positivista que acentuó los modelos biológicos de la personalidad, tales como adaptación, equilibrio, maduración y desarrollo, fases progresivas y regresivas, funciones mentales de la psicología general, etc." (Bleichmar y Leiberman, 1989, págs. 67-68). También tenían como interés ingresar al ambiente institucional y a la sociedad científica de los Estados Unidos, por lo que deberían de encontrar un lenguaje que pudiera ser comprendido por distintas disciplinas (médicos, educadores, sociólogos, trabajadores sociales), es decir, querían incluirse en el enfoque filosófico positivista de ese medio. Aunque algunas de las ideas de esta corriente ya no son vigentes actualmente, otras sí lo son. Han sido criticados por Kleinianos, post-kleinianos y Lacanianos (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Concepto del ser humano. Esta corriente surge a partir de las bases puestas por los últimos escritos de S. Freud, en particular sobre la segunda tópica ello-yo-superyó, aunque también toma como base "las explicaciones de índole económica de la metapsicología freudiana, el interés por el estudio de las defensas y una teorización del desarrollo basada en las fases libidinales oral-anal-fálica y genital" (Bleichmar y Leiberman, 1989, pág. 42). En esta corriente se da mucho énfasis al concepto de adaptación del ser humano al ambiente. Esta adaptación está dada por el desarrollo del yo, cuya principal tarea es lograr dicha adaptación. El yo es el encargado de dar satisfacción a las pulsiones provenientes del ello, sin que dicha satisfacción entre en conflicto con la realidad ni con las propias normas morales del sujeto. El lograr esto adecuadamente es lograr la adaptación, que a diferencia de los animales, no es sólo al ambiente, sino también al medio social. Coinciden con S. Freud en que el yo se desarrolla para la autoconservación del individuo y su adaptación, y también en que el nacimiento o surgimiento del yo se da a partir de una matriz indiferenciada yo-ello. En esta matriz existe una dotación natural que permite este surgimiento, dada por las funciones autónomas que posteriormente pasarán al servicio del yo. Estas funciones autónomas son: percepción, memoria, motricidad, capacidad de síntesis y de asociación, etc. El desarrollo del yo se da por varios factores que lo impulsan, tales como el hereditario o constitucional, en el cual se engloban las capacidades innatas o autónomas del yo. Este factor interactúa con otros tres elementos en el curso del desarrollo: las influencias de los impulsos instintivos, los condicionamientos de la realidad externa y la propia imagen corporal, la cual juega un importante papel en la diferenciación del yo con el mundo de los objetos. Lo que mueve al yo o a sus esbozos a diferenciarse de los impulsos es la necesidad de supervivencia.

Las funciones autónomas ya citadas son autónomas de la esfera pulsional, a lo que se llama autonomía primaria del yo. Estas funciones pueden ponerse al servicio de determinados conflictos (a lo que se llama sexualización ó agresivización de la función). Otras funciones nacidas como defensa contra determinados impulsos se liberan secundariamente del conflicto que les dio origen, se desexualizan y pasan a la esfera libre de conflictos del yo (a lo que se le llama autonomía secundaria del yo). A las funciones autónomas se les llama el área libre de conflictos del yo, la cual entra al servicio del yo y es el armazón de los mecanismos de defensa para que el yo se defienda de las pulsiones del ello y pueda adaptarse a la realidad. El yo puede lograr la adaptación de tres maneras: con cambios aloplásticos (en el ambiente), cambios autoplásticos (en el sujeto) ó cambios de ambiente (las dos primeras son contribuciones de S. Freud; la última es original de Hartmann). La psicología del yo también da un concepto del yo formado por subestructuras, cuyas funciones son jerarquizadas y deben de estar coordinadas para que no existan conflictos entre estas subestructuras. Consideran también que ello y superyó están formados por subestructuras. El conflicto psíquico se da entre las subestructuras dentro de cada instancia psíquica y también se da entre las instancias psíquicas, por lo que hay conflictos intra e intersistémicos. Para los psicólogos del yo el ello no es el único depósito de las pulsiones, sino que también hay pulsiones del yo. Para esta corriente el concepto de instinto se refiere básicamente a los elementos de índole biológica que compelen al hombre a determinadas conductas, siendo estrictamente más importantes en los animales que en el ser humano mismo. El impulso ó pulsión es, por el contrario, un concepto de índole psicológica; como todo proceso mental de la psique humana tiene más movilidad, está menos predeterminado y sus condicionantes guardan en buena parte, distancia del sustrato fisiológico. En esta corriente también se hace una diferenciación entre yo función (instancia psíquica) y yo representación (imagen de sí mismo o self). El término narcisismo se deja para este último concepto, el cual incluye la imagen que yo, ello y superyó tienen de sí mismo (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Proceso salud-enfermedad mental. Al darse énfasis al concepto de adaptación, se considera que el sujeto enfermo es aquel que no ha logrado la adaptación. Se estará más adaptado al medio cuanto más pueda el sujeto armonizar sus necesidades pulsionales con la realidad y con las metas pulsionales que se propone, es decir, que el sujeto pueda dar satisfacción a sus pulsiones sin que esto entre en conflicto con la realidad ni con sus propios valores morales. Para Hartmann "un hombre estará bien adaptado si su productividad, su habilidad para disfrutar de la vida y su equilibrio mental no están trastornados (citado por Bleichmar y Leiberman, 1989, pág. 49). Esto es, el logro que tiene cada sujeto en la función sintética e integradora del yo. El concepto del yo fuerte es la capacidad del yo para recurrir a las funciones autónomas. La adaptación tiene como fin la autoconservación, lo cual entra en conflicto con el principio del placer, pero esto es resuelto con el principio de realidad, el cual permite gratificaciones al sujeto: "...lo que orienta al ser humano hacia la realidad está íntimamente vinculado con la obtención de gratificaciones... el mundo externo es explorado en búsqueda de satisfacciones cuando la fantasía resulta insuficiente para proporcionarlas. La exploración de la realidad tendrá como objetivo calmar la angustia que en muchos casos causa la fantasía. La exploración de la realidad sirve como fin defensivo" (Bleichmar y Leiberman, 1989, págs. 51-52). (En este

caso sirve como un fin defensivo). El área libre de conflictos del yo no es definitiva, sino que es variable, dependiendo de la energía de las pulsiones, la cual puede ser (como en el caso de las psicosis) demasiado fuerte y puede invadir el área libre de conflictos del yo, alterando su integridad y capacidad de autoobservación. Un ejemplo de esto son las alucinaciones, que alteran la percepción (función autónoma del yo) (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Tratamiento. La psicología del yo crea los conceptos de alianza terapéutica (propuesto por E. Zetzel) y alianza de trabajo (propuesto por Greenson). Esta alianza se da con el área libre de conflicto del yo. El tratamiento consistiría en que el terapeuta se alíe con el área libre de conflicto del yo. Sterba (1934, citado por Bleichmar y Leiberman, 1989) propuso que en el tratamiento en el paciente se da una escisión del yo. Por una parte, el yo escindido reacciona con la neurosis de transferencia, pero la otra parte escindida es el área libre de conflicto del yo, la cual sirve al paciente para autoobservarse e identificarse con las interpretaciones del terapeuta. El que un paciente logre autoobservarse depende de la estabilidad del yo razonable (área libre de conflicto del yo). Los psicóticos no tienen esta capacidad. Existen factores que facilitan o impiden la alianza terapéutica, entre los cuales se citan: factores en el paciente, en el analista o en la situación analítica misma. El terapeuta de esta corriente debe perseverar en la función analítica y en la búsqueda de insight por parte del paciente para instaurar la alianza terapéutica. Debe dar interpretaciones adecuadas para facilitar la escisión del yo del paciente en un yo vivencial y un yo observador, así como darle importancia a cada sesión y la escasez de sus ausencias. Debe ser sensato y explicar al paciente por qué adopta determinadas medidas (para favorecer en el paciente una actitud razonable y realista el terapeuta debe tener una postura análoga). El terapeuta debe ser cálido sin violar la ley de abstinencia. Debe oscilar su conducta (según Greenson, citado por Bleichmar y Leiberman, 1989) entre privar de gratificación directa al paciente (estimulando de esta manera la neurosis de transferencia) y preocuparse por el dolor psíquico del paciente, así como favorecer la regresión del paciente, evitando ser autoritario. La regresión permite que el paciente entre en el proceso primario de pensamiento y pueda comprender sus conflictos e integrarlos al proceso secundario. La asociación libre facilita la regresión al proceso primario para comprender los conflictos inconscientes del paciente e integrarlos al proceso secundario. Zetzel (citado por Bleichmar y Leiberman, 1989) plantea el concepto de analizabilidad: mientras más estabilidad yoica haya, más capacidad de analizabilidad hay en el sujeto. Mientras más tolerancia a la regresión tenga el paciente en el tratamiento, sin que se afecte su capacidad de colaborar con el analista en la comprensión de sus conflictos inconscientes y pueda mantener un yo observador de su estado crítico, más analizable será. Mediante el insight que logra el terapeuta por parte del paciente, regula el grado de regresión en la sesión (Bleichmar y Leiberman, 1989).

2.1.3. Melanie Klein.

Melanie Klein fue devota al psicoanálisis y a la obra de S. Freud, quien nunca aceptó su teoría (según Bleichmar y Leiberman, 1989) por el enfrentamiento que tuvo con Ana Freud sobre la técnica del psicoanálisis infantil. Su desarrollo como psicoanalista estuvo protegido por tres discípulos de S. Freud: Abraham y Ferenczi, con quienes se analizó, y Ernest Jones, quien la animó a radicar en Londres. Klein fue

expulsada junto con su grupo en 1944, acusándola de apartarse de los principios básicos del psicoanálisis clásico. El movimiento fundado por ella se originó en los años cuarentas, teniendo su apogeo en los cincuentas y sesentas. Unificó un cuerpo teórico y técnico que lo individualizó claramente de otras corrientes psicoanalíticas contemporáneas. No hizo revisiones periódicas de su obra, aunque con su obra "El psicoanálisis de niños" (1932) hizo un intento de sistematización. Es reconocida como pionera indudable de toda la corriente psicoanalítica contemporánea que enfatiza la existencia de relaciones de objeto tempranas como fundantes del desarrollo psíquico y de la personalidad. Su obra (según Bleichmar y Leiberman, 1989) se divide en tres periodos: a) Periodo 1919-32, de los primeros descubrimientos: la técnica del juego y del análisis del niño, complejo de Edipo temprano, superyó precoz, transferencia completa en análisis infantil. b) Periodo de 1932 a 1946: teoría de las posiciones depresiva y esquizoparanoide. Mundo mental de objetos internos. c) Periodo de 1946 a 1960: teoría de la envidia primaria.

Concepto del ser humano. Klein plantea que la psique se forma por la introyección de objetos externos, que la psique es un mundo de objetos internos en donde se dan tramas por las fantasías inconscientes del sujeto. La ansiedad que se da en relación con estos objetos introyectados juega un importante papel. Estos objetos introyectados no son iguales a los objetos reales, ya que el sujeto los distorsiona por sus pulsiones. Klein plantea que la agresión juega un papel importante en el desarrollo de relaciones con los objetos de la realidad exterior, aunque no en el sentido instintivo, sino al nivel psicológico de las pulsiones. Los vínculos con la madre son de tipo agresivo, y esta agresión se manifiesta en las fantasías inconscientes del bebé. Klein plantea la existencia de fantasías y ansiedades en el bebé, y esto otras corrientes (como la psicología del yo) no lo aceptan. El vínculo con la madre en la infancia temprana es muy importante para el desarrollo de las posteriores relaciones de objeto. Klein hace cambios en la metapsicología psicoanalítica clásica al afirmar la existencia de un superyó temprano ubicado en los periodos iniciales de la vida psíquica, así como también afirma la existencia de un yo desde los inicios de la vida, el cual permite que se desarrollen relaciones de objeto, con sus respectivas fantasías y ansiedades. Para Klein la ansiedad juega un papel muy importante en las relaciones de objeto y en el desarrollo de perturbaciones psicológicas en el bebé. Cambia la idea del desarrollo libidinal por etapas propuesto por S. Freud por la teoría de las posiciones. Esta psicoanalista, quien analizaba niños desde los dos años de edad, afirmaba que las pulsiones son mezcladas, es decir, existe una mezcla de pulsiones orales, anales, y fálico-genitales desde la infancia temprana, por lo que al haber mezcla de pulsiones orales y genitales en el vínculo con la madre, postula la existencia de un complejo de Edipo temprano. Su teoría de las posiciones organiza la estructura mental del infante en dos posiciones: a) Posición esquizoparanoide: caracterizada por ansiedad persecutoria, relaciones de objeto parciales (disociadas) con el pecho de la madre (pecho bueno gratificador-pecho malo frustrador) y por mecanismos de defensa intensos e omnipotentes (disociación, identificación proyectiva, introyección y negación) a los cuales Klein considera como psicóticos por su intensidad, aunque en este periodo de la vida (desde el inicio de la vida hasta los tres meses de edad) los considera como normales, ya que permiten que el yo primitivo pueda establecer sus primeras relaciones de objeto. La

elaboración de esta posición (a los tres meses de vida) permite pasar a la siguiente posición (depresiva). En esta posición esquizoparanoide el infante proyecta al pecho materno sus fantasías agresivas, por lo que, al proyectarlas, siente ansiedad persecutoria. El pecho bueno es el prototipo de todas las relaciones de objeto gratificantes, y el pecho malo es el prototipo de todas las relaciones de objeto frustradoras. El mecanismo de identificación proyectiva permite la construcción del mundo interno (psíquico) y de la relación con los objetos de la relación externa. Hacia los tres meses de vida va disminuyendo gradualmente la disociación de objetos, la disociación del yo, y se va logrando una integración de objetos, que no son (para el infante) ni tan buenos ni tan malos. La progresiva integración permite también la integración de sentimientos y fantasías del bebé, para pasar a: b) La posición depresiva (de los tres a los seis meses de vida): caracterizada por la culpa que siente el bebé por dañar los objetos introyectados (como el pecho materno) y porque en esta posición se desarrollan relaciones con objetos totales, no disociados (no objetos parciales, sino integrados). El mecanismo de defensa predominante en esta posición es la reparación, el cual consiste en una preocupación por cuidar los objetos introyectados. El superyó temprano es excesivamente cruel. El complejo de Edipo temprano se establece a los tres meses de vida, en relación con la elaboración de la posición esquizoparanoide y el inicio de la posición depresiva, y es impulsado por los impulsos de amor hacia los padres que propulsan el desarrollo empujando al bebé a la búsqueda de nuevos objetos. Este Edipo declina debido a que el amor hacia los padres y el deseo de mantenerlos juntos e indemnes produce la renuncia edípica y el control de los sentimientos agresivos. La teoría de la envidia primaria de Klein plantea que la envidia primaria se caracteriza por el deseo del bebé de extraer y agotar todo lo bueno de los objetos gratificantes, por medio de su agresividad, ya que quiere poseer todo lo bueno del objeto gratificador, y lo que causa la envidia primaria es no poseer lo bueno del objeto y preservarlo para sí; esta envidia no es causada por objetos frustradores, sino por objetos gratificantes (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Proceso salud-enfermedad mental. Para Klein, la ansiedad es el perturbador principal en la psique infantil. Cuando existen puntos de fijación en la posición depresiva da como resultado el desarrollo de la enfermedad maniaco-depresiva, y cuando existen puntos de fijación en la posición esquizoparanoide se desarrolla la esquizofrenia. Para esta psicoanalista, el conflicto psíquico se da por la lucha entre sentimientos de amor y odio hacia los objetos. La angustia existe desde el comienzo de la vida, y es el motor esencial del desarrollo psíquico, pero también el origen de toda la patología mental. Para Klein, la elaboración de la posición depresiva es crucial para el buen funcionamiento psíquico (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Tratamiento. Esta psicoanalista creía que el análisis de niños es totalmente análogo al del adulto, desarrollándose la neurosis transferencial de la misma manera, sólo variando la forma de comunicación a través del juego para adecuarla a las posibilidades de expresión de la mente infantil. El analista tiene exclusivamente la función de interpretar en profundidad todo el material asociativo que lleva el paciente a la sesión, resaltando la importancia de los efectos adversos de interpretar parcialmente el material o de introducir técnicas no analíticas como actitudes de orientación y directivas. Según Klein, el paciente lleva a la sesión con el terapeuta sus estructuras de relación de objetos, es decir, manifiesta estas en la sesión. En la

terapia, el terapeuta interpreta sistemáticamente la transferencia tanto positiva como negativa del paciente, así como la transferencia latente. Se pretende que el paciente integre sus disociaciones de objeto, sus sentimientos de amor y odio hacia los objetos. Debe integrarse todo esto en la persona del paciente, interpretando ansiedades, fantasías y sentimientos en sus relaciones de objeto, así como los mecanismos de defensa utilizados en sus vínculos objetales, interpretando esto sistemáticamente en la transferencia positiva y negativa. Deben introyectarse estructuras modificadas de relaciones de objeto, es decir, modificarse e introyectarse las estructuras de sus relaciones de objeto que el paciente lleva a la sesión, mediante la interpretación de la angustia, mecanismos de defensa, fantasías, tanto del presente como del pasado del paciente (integración de relaciones de objeto pasadas y presentes del sujeto). En la terapia, la función principal del analista de esta corriente teórica es dejarse envolver en el clima emocional de la sesión, recibir todas las proyecciones que el paciente indefectiblemente hará sobre él, estar muy sensible a las manifestaciones transferenciales y contratransferenciales, para de todo esto poder extraer la estructura básica (angustia prevalente y mecanismos de defensa característicos de la relación de objeto de ese momento) lo que marca el punto de urgencia de la sesión. Siguiendo a Freud, el analista le propone al paciente estudiar y resolver las fantasías y conflictos de las relaciones de objeto entre ambos. La tarea del paciente será utilizar estos insights para aplicarlos en la vida cotidiana y en sus vínculos. En cuanto a la contratransferencia, el analista debe conocer y manejar su propia conflictiva inconsciente, siendo esto parte de los instrumentos técnicos necesarios para analizar bien estas situaciones que tienen lugar en la sesión, ya que todo lo que allí tiene lugar debe transformarse en comprensión. El llegar a la etapa final del análisis es cuando se han disminuido de forma suficiente las ansiedades paranoides y depresivas mediante la elaboración repetida de ambas posiciones (Bleichmar y Leiberman, 1989).

2.1.4. Jacques Lacan.

Concepto del ser humano. Lacan hizo una reformulación de las bases mismas de la teoría, la metapsicología y la clínica en el psicoanálisis. Su teoría resulta de la interacción de los enfoques filosófico y psicoanalítico. La reflexión que hizo del ser humano (sujeto) se orienta en términos psicoanalíticos, filosóficos, antropológicos y lingüísticos. Para hacer su teoría, se valió de la lingüística de Saussure, la antropología de Lévi-Strauss y la dialéctica de Hegel (relación con el semejante, dialéctica del deseo y la mirada). La lingüística está incorporada dentro de su teoría de manera constitutiva. Para Lacan el inconsciente se estructura como el lenguaje y existe porque hay lenguaje o convención significativa. El lenguaje determina el sentido y genera las estructuras de la mente. Lacan concibe el deseo del ser humano como que se desliza incesantemente de un objeto a otro, siguiendo el camino que le marca el lenguaje con su organización de desplazamiento sintagmático ó metonímico. Toda la metapsicología así como la clínica cambian en la teoría de Lacan. Los términos psicoanalíticos como pulsión, deseo, libido, pulsión de muerte, etc., tienen otra significación en su teoría. Jerarquizó los conceptos lingüísticos para elaborar y formalizar su teoría. En base a los procesos metafóricos y metonímicos construye Lacan su tesis de que el inconsciente se estructura como un lenguaje. Todas las formas del inconsciente (lapsus, los actos fallidos, los sueños y los

sintomas) surgen como resultado de las sustituciones metafóricas ó metonímicas de uno ó más significantes por otros, vinculados con los originales por distintos tipos de relaciones. Esta tesis fundamental hace que Lacan preste una especial atención a la organización del lenguaje, y de ella extrae numerosos conceptos que aplicará luego al conocimiento del inconsciente (el objeto psicoanalítico por excelencia). Por lo tanto, le da una prioridad al lenguaje en el ser humano: el ser humano es gracias al lenguaje. El sujeto está alienado por el lenguaje (registro simbólico), el cual determina su inconsciente, sus deseos, su posición en el medio social. También está alienado por el registro imaginario: por el estadio del espejo, el sujeto cree en una imagen que no es propia. El sujeto es por reflejarse en el otro (madre). El sujeto está entre el otro y el Otro (el lenguaje, la Ley). El deseo del sujeto está determinado por el lenguaje (el Otro) y el otro (la madre). El inconsciente está determinado por el lenguaje y cambia según las leyes del lenguaje. Complejo de Edipo y Estadio del espejo: el sujeto (niño) se ve al espejo y sonríe, reconociendo en el espejo una imagen integrada. Con la madre, el niño se identifica en la mirada (lo que la madre piensa del niño). Lacan propone el concepto de que en el ser humano existe una imagen fantasmática fragmentada, heredada, previa al estadio del espejo, en la cual el sujeto ve su imagen integrada, adelantándose a lo que todavía no es. En el complejo de Edipo, el niño, al identificarse con la mirada de la madre (otro), se identifica con una imagen falsa de sí mismo (registro imaginario). Se identifica con el deseo de la madre (el falo) y cree ser el falo de la madre, pero esto luego cambia con la fantasía de tener el falo para satisfacer su propio deseo de ser el deseo de su madre. Esta relación diádica con la madre (otro) es interrumpida por la presencia del Otro (padre, la Ley). Se da cuenta de que el padre tiene el falo, porque posee la Ley, el poder de nombrar al hijo. Al darse cuenta el niño de que no es ni posee el falo, acepta la castración y se soluciona así el complejo de Edipo. Se da cuenta el niño de que su padre tampoco es el falo, sino que sólo posee el falo porque lo heredó de sus antepasados, y que algún día el niño heredará el falo que su padre posee. Al poseer el falo, tiene el padre el poder de nombrar a su hijo, porque posee la Ley. A esto Lacan lo llama la metáfora del nombre del padre. El niño acepta que no es el falo, pero podrá heredarlo para poseerlo (tener la Ley) y así mismo podrá nombrar a sus hijos y heredarles el falo. La niña renuncia también a ser ó poseer el falo. Al entrar al registro simbólico (lenguaje) termina el complejo de Edipo. El que posea el falo (significante por excelencia) ordena y reparte los papeles del drama vital. A parte de los registros imaginario y simbólico, Lacan postula el registro de lo real: a la realidad "...los significantes la segmentan y la crean. Uno de los sentidos que le atribuye es el de un corte entre los dos registros simbólico e imaginario". "Los tres estilos de identificación coexisten, entremezclados a lo largo de toda la vida" (Bleichmar y Leiberman, 1989, págs. 184, 171). El sujeto es un significante para otros significantes. Para Lacan, el yo ideal es una imago anticipatoria adelantada, lo que no somos pero deseamos ser. Por el contrario, el ideal del yo surge de la inclusión del sujeto en el registro simbólico. El sujeto acepta que forma parte de una estructura, de la cual es perpetuador. Su papel es transmitir la ley. Sólo es un eslabón en la cadena: el hombre entregará a sus hijos el nombre (y las normas) que a su vez recibió de su padre, quien las recibió de su propio progenitor y así sucesivamente. El ingreso a la conflictiva edípica es el gran desafío a las ilusiones narcisistas forjadas en el estadio del espejo, pero estas tiñen definitivamente lo que

ocurrirá en el Edipo. Así, el yo-ideal e ideal del yo están en permanente lucha e interacción (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Proceso salud-enfermedad mental. Para Lacan el tipo principal de identificación con el que funciona un sujeto es importante para determinar la psicopatología. Para Lacan las psicosis y las perversiones tienen como base un estilo de identificación del orden imaginario, más que del orden simbólico. El psicótico tiene un peculiar uso del lenguaje producido por no acceder al orden simbólico, a la ley. El psicótico tiene un vínculo con su madre en el que no hay espacio para la triangulación edípica. En esta situación, la madre ilusiona al hijo con la creencia de que él es su falo y el hijo vive la ilusión de serlo. La ausencia del padre en el discurso de la madre obstaculiza el ingreso del sujeto al orden simbólico. La ficción compartida por madre e hijo es la psicosis (Bleichmar y Leiberman, 1989).

Tratamiento. Lacan hizo cambios en la técnica clásica del psicoanálisis freudiano, y sus consideraciones técnicas son solidarias con la jerarquía que le da al lenguaje (tesoro del significante) en su interacción con el registro imaginario (identificación narcisística). Piensa que en el discurso del paciente puede haber palabra vacía y palabra plena. Algo es omitido en el discurso cuando el paciente utiliza el "molinete de palabras" y espera la gratificación narcisista de sus conflictos o envolver al analista en ellos. Se mantiene en lo imaginario y queda obstaculizado el acceso a la verdad. Lacan aplica la interrupción de la sesión más que la interpretación para sacar al paciente de las fascinaciones especulares, creyendo que con un corte adecuado logrará, a través del acto, un efecto simbólico e instaurar al Otro y a la palabra plena. Por este medio se trata de desalienar al sujeto de sus imagos y restaurar la verdadera historia, los determinantes de su ser, los engaños del síntoma. El acto produce una salida del imaginario y lleva a la palabra plena. Lacan no da tanta importancia al vínculo paciente-terapeuta tradicional, al cual considera que puede evitar el uso de la palabra plena, cuando se le aleja del plano simbólico y es mal utilizada. En cuanto a la transferencia, se aparta del criterio clásico en varios puntos, ya que considera que si el analista interpreta adecuadamente y mantiene el proceso analítico dentro de contrastaciones dialécticas adecuadas, no sólo el análisis no se estanca sino que la transferencia del paciente es respuesta a un prejuicio del analista, quien si se pone en el lugar del que sabe, se pone en el lugar del Sujeto Supuesto Saber, y el paciente, al esperar que el analista le de su saber, buscará que le dé su amor también, instalándose de este modo la transferencia, evitando que el paciente revele su verdad a través de la palabra. El analista, como el padre del complejo de Edipo, puede creer y hacerle creer al paciente que es el falo, desconociendo la existencia de una Ley, un Otro al cual ambos (paciente y analista) deben remitirse. Para Lacan la transferencia es relativa a la contratransferencia (prejuicios y conflictiva inconsciente del terapeuta). Para Lacan el inconsciente es la parte censurada del discurso al cual puede accederse mediante los sueños, lapsus, chistes, cuando hay un hueco en el discurso. El objetivo último del análisis es, ya que renuncia a la interpretación transferencial para sus fines, es el descubrimiento del inconsciente del paciente mediante el uso de la palabra plena: donde la red de significante es, está el sujeto; la red de significantes es el inconsciente, el sueño. El sujeto está allí para encontrarse de nuevo, "allí donde era anticipo lo real" (Bleichmar y Leiberman, 1989, pág. 197). Se

señala la red, se retorna, se regresa, se cruza su camino, y ello coincide siempre de la misma manera. Allí está el sujeto. Pero el sujeto debe también ingresar en el registro simbólico para que quede develada la verdad inscrita en el orden significante. El acceso a la "palabra plena" permite la estructuración del sujeto en su verdad como tal. Esta palabra plena es la que apunta, la que forma la verdad como tal y como ella se establece en el reconocimiento del uno por el otro, tras la emergencia de la cual uno de los sujetos (en la situación analítica) ya no es lo que era antes. Por lo tanto la experiencia analítica convoca a la palabra plena, la cual aparece en la hiancia, en las dificultades del discurso. Lacan utiliza una transferencia situada en el plano simbólico (transferencia simbólica), la cual no es un obstáculo como la anteriormente mencionada (transferencia situada en el plano imaginario), sino es la que es eficaz, ya que permite la comunicación auténtica y plena entre dos seres humanos, llegando a la utilización de la palabra plena, y evita que la tarea analítica se convierta en adoctrinamiento intelectual (Bleichmar y Leiberman, 1989).

2.2 HUMANISMO.

2.2.1. Carl Rogers v la psicoterapia centrada en el cliente.

Concepto del ser humano. Para Rogers, el ser humano tiene la capacidad, latente, si no manifiesta, de comprenderse por sí mismo y de resolver sus problemas de tal manera que esto sea suficiente para la satisfacción y la eficacia necesaria para el adecuado funcionamiento. Esta capacidad es orgánica, y si el organismo tiende a desarrollar sus potencialidades si el medio se lo permite, también la personalidad (polo psíquico del organismo). Debe estar su desarrollo orientado hacia la madurez, es decir, hacia la responsabilidad y la autonomía. El desarrollo positivo de la personalidad es también una necesidad, así como lo es el desarrollo físico (Manrique, 1982).

Concepto salud-enfermedad mental. Para Rogers, el desarrollo hacia la madurez, la personalidad óptima y la autorrealización es la salud mental. Si la persona es capaz de vivir sus experiencias, sobre todo las relativas al yo, si es capaz de hacerse consciente de sus sentimientos, pensamientos y deseos, sin distorsionarlos, habrá una congruencia entre la percepción que tiene de sus experiencias y sus experiencias reales. Estas últimas no tienen porque ser siempre positivas y agradables, ya que hay las que van en contra de la imagen que la persona tenga de sí misma. La persona tiene necesidad de una valoración positiva tanto de sí misma como proveniente de los demás, pero muchas veces ocurre que los hechos de la experiencia que parecen ser una amenaza para la autoconcepción del yo, o la que los demás tienen de esa persona, son distorsionados y percibidos falsamente. Al contar con una falsa percepción del yo de una persona, el cual no desea tener consciencia de algo que le sea amenazante para su orden, esto hace que el sujeto se comporte desadaptadamente (lo que constituiría la enfermedad mental). Sin embargo, el ser humano tiene la capacidad para tomar consciencia de su experiencia, de valorarla y corregirla. El ser humano que puede satisfacer todas sus necesidades debe buscar satisfacer todas, pero armonizando su experiencia, su percepción de las cosas y su comportamiento. La persona que se encuentra en la capacidad de actualizar sus potencialidades, sin presiones valorativas por parte de los demás, ni de juicios erróneos internalizados, será una persona cuya personalidad funciona óptimamente (Manrique, 1982).

Tratamiento. Rogers trata de llevar a las personas por medio de su tratamiento hacia la autorrealización y desarrollo de sus potencialidades. Su tratamiento reconoce en las personas la validez de la visión personal de la realidad. Su tratamiento está basado en la no directividad, aunque este concepto ha pasado a segundo lugar, ya que la práctica de la abstención pura de dirección raramente es posible. La no directividad consiste en una terapia basada en las experiencias del sujeto como directoras de la terapia. El terapeuta debe sumergirse con el cliente en el mundo subjetivo de éste, quien debe ser el centro de la situación. La no directividad es una actividad de intervención constante en las experiencias del sujeto ó una aceptación sin límites de la persona, lo cual es lo mismo. En la no directividad el terapeuta debe abstenerse de dar consejos, instrucciones, interpretaciones y debe confiar en las posibilidades de la persona para tomar consciencia de sí mismo, ya que, como se mencionó antes, la persona tiene esta capacidad (latente si no manifiesta) de comprenderse por sí misma y de resolver sus problemas de modo que esto sea suficiente para la satisfacción y la eficacia necesaria para el adecuado funcionamiento. El autoconocimiento lleva al reconocimiento de las propias capacidades y hacia la autorrealización y madurez. El terapeuta debe dar a conocer sus actitudes, manifestárselas al cliente, ya que la conciencia que tenga el cliente de ser plenamente aceptado y comprendido, hará que evolucione (en el proceso de la terapia) hacia la madurez y la congruencia. La interrelación entre terapeuta y cliente es a través del lenguaje, verbal y no verbal. Tanto cliente como terapeuta hacen diferente uso del lenguaje en la terapia, y el lenguaje del cliente se va transformando evolutivamente en su aspecto semántico a lo largo del tratamiento. En el terapeuta, en el uso del lenguaje (además de la actitud empática y de autenticidad) es el único aspecto en el que Rogers realmente establece una técnica, mediante la utilización de la respuesta-reflejo, la cual consiste en la repetición por parte del terapeuta de lo que el cliente expresa, lo cual le sirve al cliente para observar, en las palabras reflejadas por el terapeuta, sus falsas simbolizaciones de la experiencia para que tome consciencia de lo que está expresando, y le sirve también para ver si este reflejo es una reproducción exacta de su sentimiento ó si no coinciden sus palabras con sus sentimientos, por lo que existe una simbolización defectuosa, y es cuando surge una diferencia entre datos verbales y comunicación. Si el terapeuta participa en todas las experiencias del cliente, poniéndose en su lugar, la respuesta-reflejo le permite manifestarle al cliente su identificación con él. Lo que hace el terapeuta con la respuesta reflejo es estructurar, resumir, subrayar o acentuar los significados, para que el cliente vea reflejado su propio yo ó una simbolización falsa de su propio yo, y de esta manera el terapeuta evita la entrada de sus propios sentimientos, y simplemente estructura ó aclara los del cliente, utilizando el mismo material ofrecido por el cliente. Existen tres modalidades diferentes de este recurso, los cuales dependen del momento del proceso terapéutico y cada una provoca diferentes reacciones en los clientes: respuesta-reflejo simple, respuesta-reflejo más profunda, y respuesta-reflejo de dilucidación (no entraré en detalles para no extenderme demasiado). Para Rogers el silencio en la terapia no es bueno que se practique, se provoque o mantenga, ya que al estar la terapia basada en la empatía y en la atmósfera que esta crea, esta atmósfera debe ser mantenida por el terapeuta para que el cliente avance hacia el funcionamiento pleno de su personalidad, y el silencio pudiera obstaculizar este proceso destruyendo la

atmósfera empática y haciendo sentir rechazado al cliente. En esta terapia se describen etapas de evolución del lenguaje del cliente a través del tratamiento, y pasa de ser en las primeras etapas referente a situaciones externas, pasando después por la expresión de sentimientos diferentes, es decir, hasta que se convierte en un lenguaje vivencial, existiendo congruencia entre los sentimientos y los símbolos de esos sentimientos. La respuesta-reflejo está muy unida al proceso interno que sufre el paciente en la terapia, y es un intento de actuar e incidir en el mundo interno del cliente aplicando la no directividad, es decir, utilizando material proveniente del cliente sin que la subjetividad crítica del terapeuta intercepte la libertad del cliente. Del dominio de la comunicación por parte del terapeuta depende en gran medida el éxito de la terapia, ya que por medio del lenguaje se establece la relación cliente-terapeuta. En este tipo de terapia, la exigencia sobre el terapeuta es que tenga autenticidad consigo mismo, la cual es captada por el cliente y su ausencia provocaría un deterioro total de la relación terapéutica. El terapeuta debe tener madurez psicológica, tener empatía, ser optimista, positivo y liberal, sin querer ser guía ni modelo. Con respecto a la transferencia, Rogers niega su importancia aunque no su existencia, y es considerada como un elemento más entre los problemas del cliente, y es solucionada por medio de la respuesta-reflejo, actuando como un espejo e impersonalmente el terapeuta sin mostrar contratransferencia y buscando eliminar ó evitar la dependencia del cliente, llegando este último a la conclusión de que el problema radica en sí mismo y de esta manera continua en el proceso de autodesarrollo. Las actitudes del terapeuta durante el tratamiento dan una forma peculiar a la terapia, con actitudes personales y naturales del terapeuta (espontaneidad). El cliente modela la terapia según sus propias necesidades y el terapeuta le da oportunidad para esto con su actitud de aceptación, con su equilibrio. Las tres actitudes básicas del terapeuta de las que depende el éxito de la terapia son: la empatía, la consideración positiva incondicionada del paciente y la autenticidad. Rogers nunca admite el concepto de "enfermedad" en sus implicaciones psicológicas y psicosomáticas por lo que no habla de curación en el sentido estricto de la palabra, pero para él la fase final de la terapia la constituye un momento determinado dentro del "continuo emergente", es decir, dentro del proceso terapéutico, denominado el funcionamiento pleno de la personalidad, describiendo siete etapas que conforman el cambio sucesivo que se da en la personalidad del cliente a lo largo del tratamiento. No son etapas temporales ó limitadas por número de sesiones, y Rogers las ha visto y reconocido en su experiencia terapéutica. En la duración de esta terapia no hay un estándar, sino que depende de las dificultades que el cliente encuentre en su camino hacia consciencia de su yo verdadero y de las experiencias que con esto tienen que ver. No todos los individuos en su terapia pasan por las siete etapas, ocurriendo que algunos abandonen el tratamiento cuando ya se consideran maduros antes de llegar a la última etapa, pensándose que no todos llegan a esta última porque sería utópico pensar que esta se daría plenamente, y sin considerar a esta última etapa como a la que se llega y en la que se permanece (Manrique, 1982).

2.2.2. Psicoterapia Existencialista.

Concepto del ser humano. Aunque la psicología existencialista haya tomado a la filosofía existencialista como su fuente, ambas son consideradas como independientes. El existencialismo tiene sus

origenes con la teología de Soren Kierkegard, quien pretende guiar al hombre a la plenitud de su ser, a la "existencia", la cual es hecha consciente por medio de la decisión libre con que el hombre se percibe a sí mismo y por la fe con que se apoya en Dios. Antes de esto surge la angustia como resultado de la percepción de lo infinito por una parte y la experiencia de la nada o "no ser". Cuando el hombre vive su existencia es consciente de su contingencia, y siente ansiedad al verse entre dos mundos que lo limitan: el anterior y el posterior al suyo propio. La fe es entonces un salto irracional e inexplicable dentro de la experiencia existencial contingente del hombre. Heidegger es considerado el filósofo existencialista por excelencia del siglo XX, y su obra "Ser y tiempo" (1926) dio a los psicólogos y psiquiatras existencialistas una base profunda para comprender al ser humano. Creó importantes neologismos, y definió al *dasein* (ser-en-el-mundo), un concepto clave de la psicoterapia existencialista. En psicología, el existencialismo surge sin líderes en respuesta a un momento crítico, a una época histórica específica, una respuesta que si bien se apoya en el pensamiento filosófico y se alimenta de él, surge de un deseo de humanización, de personalización del hombre, que se encontraba vapuleado entre un idealismo estéril y un materialismo deshumanizado. Tanto psiquiatras como psicólogos concluyen pronto que el psicoanálisis busca en el inconsciente ("cura") los impulsos que rigen la personalidad, pero deja muy poco lugar al hombre, a la persona, a la cual consideran como esclavizada de su propia mente y de su medio ambiente tiranizante, quedando la libertad definitivamente desterrada. El existencialismo surge sin estructuración y organización necesarias, sin intentar crear una nueva escuela, como necesidad, como protesta. Para Ludwig Binswanger (1956), el principal representante del movimiento conocido como Análisis existencial, de orientación existencialista, "...el nuevo conocimiento del hombre, debido al análisis existencial de Heidegger, se funda en la nueva idea de que al hombre no se le puede comprender aplicándole ningún cliché teórico, mecanicista, biológico o psicológico..." (citado por Manrique, 1982, pág. 79). El movimiento existencialista se divide en dos fases: 1) Fase fenomenológica: influenciada por Husserl, y con representantes como E. Minkowski, E. Strauss, y V.E. von Gebattel en Alemania; 2) Fase existencialista: representada por L. Binswanger, A. Sorch, M. Biss, G. Bally y R. Kuhn, los cuales ponen en práctica las teorías de Freud y Jung, pero quedan insatisfechos con los resultados, diciendo que no discuten las técnicas específicas de la terapia, sino que es una deficiencia en el conocimiento del ser humano, y esto repercute a su vez, al aplicar las técnicas. Se cuestionan la posibilidad de llegar al mundo interno propio de cada paciente por medio de unas teorías adaptables a todo el mundo, y dicen que en la práctica siguen proyectando su visión del mundo en el sujeto y lo juzgan con criterios unilaterales. "El hombre, sujeto, no podía ser separado del objeto que observa, existe en un mundo del que forma parte" (Manrique, 1982, pág. 80). Los existencialistas consideran a la existencia en el sentido etimológico de la palabra: *ex-sistere*: salir, emerger, devenir; debe considerarse al hombre como ser que vive y experimenta la realidad de acuerdo a su estructura interior particular. El existencialismo en psicología estudia y analiza al hombre porque lo cree único, con una problemática particular, y por esto rechaza que se apliquen iguales técnicas a diferentes personalidades. Al tomar el ser humano conciencia de su existencia, adquiere una responsabilidad por sus actos, lo que le da su ubicación dentro del mundo, su

“sentido” en el mundo (dasein) y el proceso dinámico, su devenir, en el que es capaz de desarrollar sus potencialidades. Al ser consciente del ser, también lo es del no ser, y se crea así una relación dialéctica entre ambos, en la que la conciencia del no ser como antítesis del ser vigoriza la existencia; resumiendo, el hombre cuenta con potencialidades que si son hechas conscientes, lo harán capaz de estructurar su mundo, planeando su futuro y viviendo de acuerdo con ello, es decir, el hombre es lo que él mismo se haga. El existencialismo en psicología ha encontrado graves resistencias, entre las cuales, la principal es que se le considera como una intrusión de la filosofía en la psiquiatría, y a esto se le considera especulativo (Manrique, 1982).

Concepto salud-enfermedad mental. La capacidad de decidir y de ejecutar la decisión es el concepto de salud mental en esta corriente, y lo contrario, la enfermedad mental, sería el fracasar por parte del individuo de la autoconciencia de la existencia, del aquí y el ahora del individuo (Manrique, 1982).

Tratamiento. En esta corriente hay carencia de técnicas propiamente dichas porque son un obstáculo debido a que ignoran la individualidad de la existencia de cada uno. Lo que hace el terapeuta es introducirse en el mundo existencial del paciente y busca los comportamientos característicos y ayuda al paciente a orientarse, a autoconcientizarse de su ser y a adquirir un compromiso respecto de algo positivo. Todo va dirigido a la aceptación de la propia existencia, en todo su sentido trágico como contingente. El hacer consciente al sujeto de la diferencia entre ser y no ser, le crea ansiedad, la cual es positiva para que el sujeto acepte su propia existencia y realice sus potencialidades para evitar la ansiedad. La curación, o en términos existencialistas la existencia plena, radica en “la conciencia de vivenciar las propias experiencias, una visión del futuro como meta, como objetivo hacia el que se trasciende, actuando en el presente, y una satisfacción o activación de las posibilidades que todo hombre posee”, “...en resumen, el sujeto adopta una actitud de compromiso, aprende a enfrentarse con la angustia existencial, muy diferente a la neurótica, indispensable por el hecho del binomio ser-no ser, pero necesaria para el autodescubrimiento y para dar significado a su existencia en el mundo” (Manrique, 1982, pág. 85). El terapeuta de esta corriente debe esforzarse por hacer concretas las expresiones verbales tanto suyas como del paciente, y no separar nunca el mundo de las palabras y el de la acción. En esta corriente, el silencio en la terapia sería una posibilidad de introspección e internalización. El terapeuta debe tener un gran sentido de la humanidad, con una actitud tanto positiva como realista hacia el mundo, por lo que debe tener un equilibrio y una madurez psicológica indispensables para el buen funcionamiento de la terapia. Su presencia ayuda a expresar la existencia del paciente y a dirigir ésta hacia una expansión positiva. Por dirigir se quiere decir “orientar”, es decir, el terapeuta encauza, señala, ayuda, pero nunca impone ni interpreta. El paciente mismo se abre a sí mismo y se descubre. El terapeuta funge como facilitador del crecimiento potencial existente en el paciente. Esta corriente no le da mucha importancia al concepto de transferencia, aunque no lo descarta por completo, pero da más énfasis a la presencia, o sea, a la relación real y presente entre dos personas. El terapeuta no tiene presencia como padre en ningún momento, sino como compañero igual que ayuda al sujeto en su desarrollo, abriendo recíprocamente sus mundos, sus realidades internas, creciendo y desarrollándose psicológicamente

ambos. La relación afectiva entre terapeuta y paciente sirve únicamente al fin de la terapia, el cual es la actualización y concientización del ser. Toman los sentimientos que un paciente pudiera estar descargando en el terapeuta (los cuales corresponderían originalmente a los padres o a otra persona) como una descarga real y concreta, la cual es necesario vivir con el paciente, y esta traslación de sentimientos es considerada como un estancamiento en el proceso existencial del sujeto que no fue capaz de actualizar sus potencialidades en determinado momento (Manrique, 1982).

2.2.3. Fritz Perls y la Psicoterapia Gestalt.

Concepto del ser humano. Perls originalmente había estudiado psiquiatría y psicoanálisis, además de un doctorado en psicología, siendo su orientación psicológica la de los gestálticos, y se sintió insatisfecho con la teoría y terapia freudiana. La influencia gestáltica que recibió lo llevó a considerar al organismo humano como un todo unificado y no como un conjunto fragmentado de componentes antagónicos. Se centró en los procesos activos perceptuales y organizacionales y no solo en los instintos, como partes centrales para el desarrollo y la guía del comportamiento. Perls consideraba que se exageraba la importancia de los otros instintos sexuales y se menospreciaba el factor al que denominó *hombre*: un instinto o tendencia hacia la autoconservación y autorrealización (crecimiento). Al igual que Freud, Perls acentuó la función del yo como facilitador del crecimiento y la autoconservación de cada persona, al ser un mediador entre las necesidades individuales internas y las exigencias ambientales. Para Perls el yo no es una subestructura ó cosa psíquica, sino un proceso cuya meta (inalcanzable) es la reducción de la tensión entre la persona y el ambiente. Mientras el individuo busca lograr el equilibrio de hecho inalcanzable, crece psicológicamente, es decir, encuentra nuevas formas para satisfacer sus necesidades internas mientras se vuelve cada vez más conocedor de los requisitos del mundo externo y adquiere más habilidades para enfrentarlos. Para Perls el desarrollo humano depende de la conciencia de uno mismo (Bernstein y Nietzel, 1988).

Concepto salud-enfermedad mental. Para que la persona pueda lograr que este proceso de crecimiento óptimo ocurra de forma continua, la persona debe mantenerse consciente de sus necesidades y sentimientos internos y del ambiente (lo que podría llamarse la salud mental, concepto que los humanistas no manejan explícitamente, al igual que el de enfermedad mental). Ya que se considera que la persona es un participante activo debido a que atiende y organiza sus percepciones internas y externas, y debido a que la tendencia para evitar los conflictos y mantener la tensión lo más baja posible puede hacer que algunas percepciones sean más cómodas que otras, el conocimiento de la persona puede volverse incompleto, distorsionado ó distribuido de una forma inadaptada, y cuando esto ocurre, se detiene el crecimiento y comienzan los problemas (ó la enfermedad mental). Los trastornos de la conciencia y los problemas que los acompañan asumen muchas formas, incluyendo los síntomas neuróticos clásicos y los mecanismos de defensa descritos por Freud y otros. Perls se centró en estudiar los síntomas neuróticos y las defensas según se manifiestan en las esferas interpersonales. Cuando la evitación de un conflicto perturba el conocimiento, aparecen los síntomas clásicos de la neurosis y las defensas neuróticas. La conciencia distorsionada o suprimida puede crear la impresión de que la persona no es responsable de sus propios actos, culpando de

sus problemas a otras personas ó a circunstancias ambientales. En el momento en que las confusiones del conocimiento se vuelven severas, puede perderse el contacto con la realidad y pueden aparecer los síntomas psicóticos consiguientes (Bernstein y Nietzel, 1988).

Tratamiento. El objetivo de la terapia Gestalt creada por Perls es que el cliente inicie de nuevo su crecimiento y restablezca sus procesos de conocimiento, que aclare y aumente la conciencia que de sí mismo tiene para liberarlo y que siga su progreso en su propia manera única y conscientemente guiada. Las metas básicas de la terapia Gestalt son: 1) ayudar a los clientes a estar conscientes de los sentimientos, deseos e impulsos que han negado o desconocido como propios, pero que son sin duda parte de sí mismos, y 2) ayudarlos a reconocer los sentimientos, ideas y valores que creen que son genuinamente parte de sí mismos, pero que en realidad los han tomado prestados y los han adoptado de otras personas. Se insta a que los clientes asimilen o vuelvan a hacer suyos los aspectos del self que habían rechazado y a que rechacen las características que no son suyas en realidad, para que de esta forma, puedan lograr (idealmente) la conciencia de sí mismos y se responsabilicen de sí mismos como realmente son, en lugar de apegarse y defender una autoimagen parcialmente falsa, e internamente en conflicto. La resolución de un conflicto ocurre cuando se logra una conciencia total de los dos polos y se restablece el crecimiento de la persona. La relación paciente-terapeuta es idealmente de igual a igual, lo que implica un crecimiento mutuo. La terapia está centrada en "el aquí y el ahora", ya que de este modo se mantiene a los clientes en contacto con sus sentimientos en la medida que ocurren en el presente inmediato ("ahora = experiencia = conciencia = realidad"). El que un cliente intente contar el pasado ó anticipar el futuro es visto como una resistencia y una obstrucción a las metas de la terapia y como un escape de la realidad. Se permite que los clientes experimenten sentimientos con respecto al pasado o al futuro, pero en su importancia con el presente. Enfocar el presente es también evidente en el lenguaje utilizado en esta terapia, pidiéndoseles a los clientes que hablen en tiempo presente. El cliente debe explorar la naturaleza específica de sus resistencias, es decir, que tenga la vivencia de para qué le sirven (de este modo se manejan las resistencias, por la técnica del juego de papeles). Como otra técnica, se utiliza el frustrar al cliente en sus propósitos de no hacerse responsable de sí mismo y querer que el terapeuta le solucione sus problemas sin que el cliente no haga nada al respecto. Se utilizan los signos no verbales del cliente para señalárselos, ya que a menudo contradicen lo que el cliente dice verbalmente, y representan la otra parte del conflicto. Los sueños en esta terapia representan el cumplimiento de deseos y son mensajes de la persona hacia sí misma. Después de contar el sueño, se le pide al cliente que represente el papel de algunos o de todas las características y personajes del sueño, para que pueda leer el mensaje que el sueño le comunica, y de este modo, hacer consciente al cliente y que pudiera asimilar partes de sí mismo que dice que no le pertenecen o que le son inaccesibles por alguna otra causa. Otros métodos utilizados en esta terapia son: 1) el uso de mensajes directos e inmediatos (comunicación directa como medio para que el cliente pueda asumir la responsabilidad de sus sentimientos); 2) prohibición de discusiones intelectuales acerca de los sentimientos, sino vivenciarlos; 3) uso de diálogos internos y de técnicas relacionadas con esto (entre las "partes" internas de la persona y entre el cliente y alguien ausente

(fallecido ó vivo) con quien la persona tiene "un asunto no concluido", ó entre el "mandamás" interno del cliente (superyó) y el "sumiso" (la parte interna del cliente suprimida por el superyó). Perls consideraba que sus métodos eran igualmente valiosos para aplicarse en terapia individual ó de grupo, con personas en distintas categorías de diagnóstico (por ejemplo, neurosis), pero también con la gente en general, así como en grupos no terapéuticos de sensibilización, de encuentro y de crecimiento personal, en grupos temporales ó más permanentes (vecinos, familiares, etc.) (Bernstein y Nietzel, 1988).

2.3. CONDUCTISMO.

Esta corriente tiene como sus orígenes a los estudios de Pavlov y a los principios del aprendizaje profundizados por Thorndike y Skinner, así como por Hull, Dollard, Hilgard, Holland, Marquis, Miller, Mowrer, Sears, etc.

Concepto del ser humano. En esta corriente, el ser humano es considerado como un organismo que responde a los estímulos del ambiente por medio de respuestas (ó conductas). En el conductismo tradicional el ser humano era considerado únicamente como un organismo respondiente a los estímulos, sin tomarse en cuenta sus pensamientos y emociones, pero en las corrientes neo-conductistas el ser humano es considerado como un organismo que recibe los estímulos ambientales, los cuales causan una respuesta interior dentro del organismo (mediativa-simbólica), el cual (a partir de esta respuesta interior procesada, ya fuera esta emocional ó cognitiva) da una respuesta final (instrumental) reflejada en su comportamiento al ambiente; es decir, los neo-conductistas consideran que algo existe en el interior del organismo para determinar el dar una respuesta al medio ambiente; se podría decir que consideran que el organismo piensa y siente, aunque los seguidores de esta corriente se limitan a observar y describir el comportamiento del organismo, aplicando los principios de la psicología experimental y las teorías del aprendizaje y dedicándose a modificar el comportamiento sin tomar en cuenta las cuestiones intrapsíquicas de los individuos. El lenguaje y los pensamientos del sujeto son conductas que tienen un gran significado, pero son únicamente respuestas que controlan el comportamiento actual. Es una corriente en donde el comportamiento del ser humano está determinado por el ambiente. El aprendizaje y el ambiente determinan el comportamiento del individuo. El pasado del individuo no cuenta; sólo cuenta el comportamiento actual del individuo, el cual debe ser observado cuidadosamente para ser modificado. Los neo-conductistas estudian los problemas de adaptación, los mecanismos de defensa, pero no dentro del contexto freudiano, sino con métodos estrictamente científicos. En esta corriente no se aceptan hipótesis no verificables, sino que se trata de establecer un puente entre la psicología experimental y la psicología clínica (Manrique, 1982).

Concepto salud-enfermedad mental. Los terapeutas de la conducta no se interesan tanto por las rotulaciones categóricas utilizadas frecuentemente por los modelos médicos. Para ellos únicamente existe el "comportamiento" de un determinado sujeto dentro de un determinado ambiente. Su concepto de "normalidad" es analizado con tres criterios: 1) Estadístico (en función del grupo); 2) Teleológico (en función de los valores de la cultura); 3) Clínico (en función de "llevarse bien" consigo mismo y con los demás) (Ardila citado por Manrique, 1982). Como el comportamiento es aprendido, el comportamiento

adaptativo aprendido es la salud mental del sujeto. Se considera a un comportamiento como adaptativo en función del ambiente donde se lleve a cabo dicho comportamiento y en función del mismo individuo. El comportamiento no adaptativo sería la enfermedad mental, y también sería en función del ambiente donde se da este comportamiento y en función del individuo mismo. El comportamiento adaptativo ó inadaptativo es causado por el aprendizaje (Manrique, 1982).

Tratamiento. La terapia del comportamiento es definida por Yates como "...el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología y sus disciplinas intimamente relacionadas (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de patrones anormales de comportamiento, y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento ó prevención de esas anomalías por medio de estudios experimentales controlados del caso individual, tanto descriptivos como correctivos" (citado por Manrique, pág. 146). El terapeuta conductual considera que el individuo no posee una estructura psíquica preestablecida, sino que trabaja partiendo de la conducta abierta del mismo. Estudia profundamente el comportamiento del sujeto por medio de la observación, traduciendo en términos específicos qué ocurre en la conducta del sujeto. De este modo encuentra tanto las conductas desadaptativas del sujeto (que deben ser modificadas) y también las adaptativas. De este modo, junto con el paciente define los objetivos del tratamiento. La relación paciente-terapeuta también tiene su importancia en esta terapia. El terapeuta considera su propio lenguaje en la terapia como un reforzador social. Todas las manifestaciones verbales y no verbales, las experiencias, todo lo que se exprese con respecto a las situaciones conflictivas internas, etc., no son más que respuestas controladas por la historia misma del sujeto, pero lo que se quiere saber es lo que pasa actualmente y no lo que pasó en el pasado. El lenguaje del paciente es una respuesta que controla su comportamiento y que presupone una relación directa con algún evento externo específico. El terapeuta conductual es definido como profesor o entrenador que ayuda al paciente a aprender nuevos modelos de conducta, y la relación de este con su paciente no es esencial. El terapeuta elabora diseños operantes de acuerdo con los comportamientos específicos y concretos del sujeto, los cuales son registrados como adaptados o desadaptados, partiendo siempre del ambiente donde se desarrolla el individuo (humano e interpersonal). Aplica reforzadores definidos exclusivamente en función de la conducta del paciente. En este tipo de terapia no se habla de transferencia, sino de "generalización": "Después de que un determinado estímulo se convierta en el indicio de una situación y de una respuesta significativa, también los estímulos semejantes toman el mismo significado y llevan a la misma respuesta; es lo comúnmente conocido como generalización del estímulo" (Manrique, 1982, pág. 157). Sin embargo, en la terapia del comportamiento no se da mucha importancia a esta generalización de estímulos previos al tratamiento. En la terapia de esta corriente se busca una generalización de estímulos creada en la situación terapéutica sean generalizados ó transferidos a la vida real, es decir, es más importante la generalización posterior que la previa. En esta terapia se pierde casi por completo el tinte emocional que conlleva el concepto de transferencia tradicional, aunque sigue siendo muy importante dentro del tratamiento. La terapia va enfocada a una preparación y organización del

paciente para la vida real, fuera del consultorio, ya que de nada servirían los programas operantes utópicos sólo realizables en ambientes cerrados y experimentales. El éxito de esta terapia depende del grado de generalización que se consiga con ella. Entre las técnicas utilizadas en esta corriente están: 1) La desensibilización sistemática: en forma resumida, consiste en el contracondicionamiento, enseñando al paciente a relajarse cuando imagine situaciones tensionantes (previamente jerarquizadas). Es la técnica más utilizada en adultos en problemas tales como tics, fobias, ansiedad, depresión, insomnios, etc. En niños se aplica en problemas de enuresis. Esta técnica se encuentra enmarcada en los principios del condicionamiento clásico y también operante (la triple contingencia estímulo-respuesta deseada-consecuencia). 2) Estimulación aversiva: se aplica un reforzador negativo (aversivo) para decrementar la probabilidad de ocurrencia de la repetición de una conducta. Se aplica en problemas tales como alcoholismo, drogadicción, homosexualidad y trastornos sexuales de otro tipo. 3) Adiestramiento asertivo, ó técnica de autoafirmación: se entrena al paciente a dar respuestas asertivas sobre todo en aquellas situaciones en las que tiene miedo a manifestar lo que piensa, a defender los propios derechos y a expresar sus intereses. Aquí se aplica el principio de aprendizaje llamado modelado, consistente en dar un reforzamiento social (por medio de aprobación y enardecimiento) al paciente cada vez que se va acercando a la respuesta deseada. 4) Condicionamiento por aproximaciones sucesivas, también llamado modelado de la conducta por aproximaciones sucesivas, ó moldeamiento de la conducta: reforzar gradualmente cada paso que indique la aproximación a un objetivo final. Muy utilizado en tratamientos en los que muy raras veces ocurre la respuesta, ó se tiene la meta de que no ocurra la respuesta. 5) Aprendizaje social por modelamiento: consiste en observar a otros cuando dan ciertas respuestas, que después serán emitidas por el observador. Se utiliza en tratamientos con comportamientos agresivos y en la eliminación de fobias a los animales. Se basa en la imitación de conductas a partir de un modelo ofrecido por otra persona. Se ofrecen reforzadores positivos cuando se realice la conducta a imitar, ó reforzadores negativos cuando la imitación no ocurra ó ocurra en forma inadecuada. 6) Autocontrol: junto con el terapeuta, el paciente elabora un programa de modificación de conducta en el que el comportamiento indeseado del sujeto se pone bajo control del mismo. El sujeto es objeto y sujeto de la acción. Consiste primordialmente en la evitación de estímulos gratificantes a corto plazo que producen respuestas placenteras al sujeto, pero que pueden ser desadaptadas. Se considera autocontrol a la interposición de una respuesta de control, en una secuencia de respuestas que no reduce directamente el grado de atracción de la respuesta controlada. Se deben reconocer los posibles estímulos discriminativos (las variables que controlan el comportamiento inadaptado del sujeto) que llevan al comportamiento desadaptado, y debe elaborarse un programa de acuerdo con ellos, teniendo como fundamento los refuerzos a largo plazo, autorrefuerzos, refuerzos sociales, castigos, autocastigos, etc. Se autorregistra el comportamiento, sirviendo esto de autorreforzamiento o autocastigo. Finalmente, al final de toda terapia conductual debe darse la generalización de la respuesta por parte del paciente, es decir, que la conducta aprendida del paciente en una determinada situación se generalice a otras situaciones, y debe también poder discriminar, es decir, que sepa cuando emitir una respuesta en una situación determinada pero no hace lo

misimo en la otra. Con esto se alcanza el objetivo final, la "curación" (Manrique, 1982). "Una persona que se ha sometido a terapia, podrá autoobservar al término de la misma que a sus conductas se siguen diferentes consecuencias en situaciones que son también diferentes. Todo esto indica constantemente que la persona ya discrimina correctamente y éste debe ser el otro objetivo primordial de todo terapeuta de la conducta, puesto que solamente se podrá hablar de conducta "adaptada" cuando el paciente aprenda a comportarse de forma diferente, partiendo de la situación que se le presente" (Manrique, 1982, pág. 175). Los objetivos de la terapia de la conducta son finalmente logrados cuando el paciente generaliza las respuestas adaptadas al medio ambiente natural, y cuando es capaz de discriminar en qué situaciones debe dar determinada respuesta y en cuales no (Manrique, 1982).

2.4. COMENTARIOS SOBRE LAS APROXIMACIONES DE INTERVENCIÓN.

Al hacer esta revisión y análisis de los conceptos de ser humano, de salud-enfermedad y del tratamiento en los tres principales aproximaciones teórico-técnicas de intervención y algunas de sus corrientes que han influenciado más la realización de la intervención clínica, pueden hacerse algunas comparaciones entre ellas, así como entre las corrientes representativas de cada una. En el psicoanálisis, entre las cuatro corrientes presentadas dentro de esta aproximación, se puede ver que parten de concebir al ser humano como resultado de una estructura biológica que determina su naturaleza inicialmente, de la cual posteriormente se desarrollan instancia psíquicas que le permiten su adaptación al medio ambiente para la sobrevivencia biológica y social del individuo. Con algunas variantes en el uso de términos y de etapas, todas utilizan el concepto de instancias psíquicas, crecimiento en etapas ó posiciones, instintos, pulsiones, complejo de Edipo, cualidades psíquicas. Conciben a la salud y enfermedad mental del individuo en base a su adaptación adecuada al medio, dado esto por un equilibrio entre la satisfacción de las necesidades biológicas sin entrar en conflicto con la realidad social y con el ambiente. Conciben al ser humano con una estructura intrapsíquica, y explícitamente se describen categorías psicopatológicas de diagnóstico más relacionadas con el modelo médico. La psicopatología sería además el resultado de un estancamiento en el desarrollo psicosexual, ó también resultado de conflictos infantiles, esto es, una referencia a la historia del individuo como productor del estado actual del mismo, dándole importancia al estudio histórico del individuo para comprenderlo, diagnosticarlo y de este modo curarlo por medio del tratamiento, en el cual la transferencia con el terapeuta siempre es importante para revivir las experiencias traumatizantes y conocer los conflictos reprimidos del paciente, analizarlos, e interpretarlos para de este modo lograr su curación. El vínculo paciente-terapeuta es importante siempre. Por otra parte, en la aproximación llamada Humanismo se concibe al hombre como un ser único, dándole siempre valorización a su forma de ver el mundo, de vivenciar sus experiencias, de percibir las (conceptos manejados por los enfoques fenomenológicos, a los que pertenecen las corrientes de esta aproximación de intervención). Se concibe al ser humano con potencialidades que debe desarrollar: así como el organismo tiende a la maduración, al crecimiento, la personalidad también. Se afirma que el ser humano al ir madurando su meta es la autorrealización, la realización de sus potencialidades. Para lograr esta autorrealización debe ser consciente de lo que es

auténticamente como individuo único. La psicopatología (aunque vuelvo a aclarar que no lo manejan estrictamente y explícitamente de acuerdo a un modelo médico) es también dada (al igual que en el psicoanálisis, pero enfocándose en otros aspectos y utilizando otros términos) por un estancamiento en el desarrollo psicológico, esto es, la falta de consciencia de sí mismo, de vivenciar su existencia ó sus percepciones de sí mismo y de la realidad exterior de una forma adaptativa, adecuada, aunque a diferencia del psicoanálisis el pasado del sujeto no es importante, lo que es importante es el presente, cómo vive el paciente (ó cliente, otra diferencia con el psicoanálisis) actualmente. La transferencia es ó no importante depende de la corriente desde que se le considere. En el Humanismo, se trata de hacer consciente al individuo (al igual que en psicoanálisis, hacer "consciente" lo "inconsciente", pero con otros conceptos y aspectos enfocados y niveles de profundización) de su existencia, de sus potencialidades, de su autenticidad, para lograr el desarrollo máximo de sus potencialidades. No se concibe al ser humano con una estructura psíquica como en el psicoanálisis, pero sí interesa su vida intrapsíquica actual. Se trata de lograr que el individuo sea capaz de vivir en armonía consigo mismo y con el ambiente (al igual que en psicoanálisis), de que se haga responsable de su comportamiento (igual que en el psicoanálisis) y que sea consciente de sí mismo (como en el psicoanálisis). En la aproximación llamada Conductismo, el ser humano es considerado un organismo que responde al ambiente, a los estímulos provenientes del ambiente físico y social. No se concibe aquí de forma tan importante lo que el individuo tenga en su psique, sino sólo cómo responde a los estímulos (en comparación a las otras dos aproximaciones). No hay un concepto de desarrollo del organismo (en comparación a las otras dos aproximaciones). Es una aplicación de la psicología experimental científica (de ideas positivistas) al comportamiento humano adaptado e inadaptado. Es la aportación más original de la Psicología como ciencia y disciplina profesional al tratamiento clínico. Aquí el aprendizaje determina el que el comportamiento del individuo sea adaptado ó inadaptado con respecto al ambiente donde se manifiesta su comportamiento y también consigo mismo (la adaptación o la inadaptación al medio social y físico, al igual que psicoanálisis y humanismo, pero con otros términos y otro enfoque). Aquí explícitamente se rechaza el someterse a una terminología de tipo médico tradicional para calificar el comportamiento de las personas (en comparación a Psicoanálisis y humanismo). La relación paciente-terapeuta no es tan esencial (en comparación con las otras dos aproximaciones). La transferencia es llamada generalización de estímulos anterior al tratamiento, buscando cambiar esta generalización a estímulos nuevos. Se busca que por medio de la generalización y la discriminación de los estímulos el individuo sepa cómo comportarse en diferentes situaciones, es decir, al igual que las otras dos aproximaciones se busca también que el individuo se haga responsable de su propio comportamiento. En fin, se puede afirmar en general que las tres aproximaciones buscan la adaptación del ser humano al medio ambiente físico y social, concibiéndolo de diferentes maneras según los respectivos enfoques y con diferentes términos. Mientras que la psique es importante en psicoanálisis y humanismo, en el conductismo no lo es. Humanismo y conductismo consideran como importante sólo el presente del sujeto, en comparación al psicoanálisis que le da importancia al pasado y al presente del individuo. Se podría decir que el psicoanálisis es determinista, pero en cierto modo el

conductismo lo es también, y un poco lo es el humanismo también, en este último caso, al afirmar que el presente sólo es lo único importante, desechando la historia del individuo como condicionante de algunos de sus conflictos. El psicoanálisis y el conductismo buscan lograr la adaptación del individuo aplicando técnicas comunes a todos los sujetos, es decir, técnicas predeterminadas para todos los sujetos adecuándolas a los casos específicos, mientras que en el Humanismo (claramente en el caso del existencialismo como terapia centrada en el cliente, pero no tanto en terapia Gestalt) casi no hay una definición de técnicas: el tratamiento gira alrededor del paciente (o cliente) y su existencia, su conciencia, habiendo pocas ó ninguna técnica general para todos los individuos. La transferencia es importante para el psicoanálisis, pero no tanto para humanismo y conductismo. En lo que coinciden las tres aproximaciones es en la importancia que le dan al uso del lenguaje en el tratamiento. Como conclusión (preliminar quizás) de este capítulo, podría afirmar que las tres aproximaciones buscan lo mismo por diferentes medios y con diferentes conceptos y diferentes énfasis (la adaptación del ser humano al medio físico y social sin sacrificar su naturaleza humana). Considero personalmente que el psicoanálisis, al contar con un marco de referencia diagnóstico más definido (del modelo médico) puede definir mejor qué puede y debe tratar, en comparación con las otras dos aproximaciones, y junto con el humanismo, consideran y dan importancia a la psique del individuo, cosa que el conductismo casi no hace, por lo que considero que son las aproximaciones más completas para intervenir, ya que el ser humano no sólo es un organismo que emite conductas, sino que también tiene una psique y tiene emociones, sentimientos, creatividad, potencialidades, valores, capacidad de adquirir control sobre su propia vida. Todos los enfoques tienen sus cualidades, defectos y aplicaciones. Considero que una adecuada formación teórica (ya que no es posible totalmente pedir que sea técnica) de los psicólogos clínicos debe incluir una claridad conceptual sobre estas tres aproximaciones. Esto no es totalmente posible porque los planes de estudios de la licenciatura en psicología no tienen una estructura que permita conocer con claridad cuáles son los conceptos manejados por estas tres aproximaciones. No existe una estructuración lógica y coherente de las materias. No se tiene un perfil claro a cual se quiere llegar con estos planes de estudios. Para poder intervenir, debe saberse qué enfoques de intervención existen, cómo conciben al ser humano, cómo conciben que es sano y enfermo, como se les trata (teóricamente). Para saber aplicar las técnicas de intervención hay que saber para qué se aplican y cómo se aplican. Una cosa son las técnicas que se aplican y otra es las aproximaciones teóricas que guían hacia cual es el objetivo de aplicarlas. La aplicación de técnicas sin teoría que las guíe no tiene ningún fin. Si el psicólogo clínico a nivel de Licenciatura no es preparado para ser terapeuta, al menos debe ser capaz de conocer qué aproximaciones de intervención existen para poder en el futuro hacer una selección adecuada (si quiere ser terapeuta) de la aproximación que le agrada más para en un futuro formarse como terapeuta a nivel posgrado. En el siguiente capítulo se verá cómo es definida la intervención, qué objetivos y metas persigue, qué modelos de intervención existen, qué clasificaciones existen de estas técnicas, qué técnicas se aplican y cuales son sus diferencias y similitudes, etc.

CAPÍTULO III:

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

En este capítulo, inicialmente en el inciso 3.1 se define lo que es una técnica de intervención clínica, cuáles son sus objetivos, fases y modelos según Kendall y Norton-Ford (1988) y Korchiin (1976). Posteriormente, en el inciso 3.2 se describe la definición que hace Wolberg de lo que es para él la Psicoterapia. Posteriormente, en el inciso 3.3 se describe la clasificación que hace Wolberg de las técnicas de intervención (ó terapéuticas), viéndose esto en los incisos: 3.3.1 Terapias de apoyo, 3.3.2. Terapias reeducativas, y 3.3.3 Terapias reconstructivas. Se observan y describen las diferencias y similitudes entre estos tres bloques de intervención, así como se hace un resumen de las técnicas específicas de cada bloque, y una clasificación de los tratamientos o intervenciones que comprenden. Por último, en el inciso 3.4 se describen brevemente las clasificaciones de Psicoterapias de Fiorini (1980) (inciso 3.4.1) y de Millon (1974) (inciso 3.4.2.), con el fin de revisión general y de comparación con la clasificación de Psicoterapias de Wolberg. Por último, en el inciso 3.5 se hacen comentarios sobre lo expuesto en este capítulo de Técnicas de Intervención.

3.1 DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN CLÍNICA: RAZONES BÁSICAS, METAS, METODOLOGÍA BÁSICA, TIPOS Y FASES, MODELOS DE INTERVENCIÓN CLÍNICA.

Kendall y Norton-Ford definen de la siguiente manera lo que consideran que es la intervención clínica, es decir, técnica de intervención clínica: "La intervención clínica consiste en aplicar los principios psicológicos para ayudar a las personas a superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria. Los psicólogos clínicos utilizan su conocimiento del funcionamiento humano y los sistemas sociales, en combinación con los resultados de su evaluación clínica, para encontrar la manera de ayudar a sus clientes a cambiar para mejorar" (Kendall y Norton-Ford, 1988, pág. 481). Estos autores citan como ejemplos de la intervención clínica a la terapia individual, a la terapia familiar, ó la asesoría de un grupo comunitario. Explican que las razones básicas por las que se realizan las intervenciones clínicas son tres: a) Mejoramiento: ayudar a las personas o a los sistemas sociales a superar problemas que ya existen. Esto es ejemplificado con la situación en que una persona acude a terapia para suprimir las sensaciones de angustia, ansiedad ó fracaso. b) Prevención: es intentar anticiparse a los problemas antes de que se produzcan. Esto se ejemplifica con el diseño de programas recreativos para evitar la delincuencia juvenil. c) Superación: ayudar a las personas a mejorar sus capacidades personales, sus relaciones con el medio en que viven, lo cual tiene por objetivo mejorar la calidad de vida y no tanto la resolución de problemas y trastornos, y lo ejemplifican estos autores con la creación de grupos de enriquecimiento matrimonial con el propósito de ayudar a las parejas que llevan una relación satisfactoria para establecer una relación aún mejor (Kendall y Norton-Ford, 1988). Según estos autores, estas intervenciones para el mejoramiento, la prevención y la superación son esenciales para lograr un sistema amplio de servicios psicológicos, ya que cada enfoque tiene ventajas especiales y los tres son partes complementarias e integrales de un sistema de prestación de servicios para

que sea totalmente eficaz, ya que deben de resolverse los problemas que ya existen, deben ser previstos los posibles problemas futuros, y debe de ser elevada al máximo la calidad de vida, aunque según estos autores, en la mayoría de los casos el psicólogo clínico individual realiza cuando mucho una o dos de esas funciones (Kendall y Norton-Ford, 1988). Una variedad de razones prácticas adicionales puede inducir a los psicólogos clínicos a intervenir. La terapia y la consulta (ó asesoría) suelen ser realizadas por el psicólogo clínico por la solicitud directa del cliente, los padres o la familia de éste, de un organismo escolar ó de un organismo comunitario que demanda el recibir la asesoría del psicólogo, y también sus servicios son demandados por muchos otros tipos de personas o grupos interesados. Es importante que el psicólogo clínico siempre reconozca con claridad los objetivos que le plantean las personas que solicitan de sus servicios de intervención y responda adecuadamente a estos objetivos. Las metas de la terapia o la consulta son un reflejo de la mezcla de las esperanzas del cliente y la evaluación profesional del psicólogo clínico, pero este profesional debe asegurarse de que los objetivos del cliente sean considerados debidamente. La intervención del psicólogo clínico es también solicitada por un "tercer grupo", formado por los profesores, los tribunales, los médicos generales y otros psicólogos clínicos o profesionales de la salud mental, quienes frecuentemente requieren los servicios de terapia y/o consulta de los psicólogos clínicos. Los psicólogos clínicos realizan la intervención para mejorar, prevenir y/o ayudar a la superación, y lo hacen respondiendo a diversas necesidades prácticas. Los objetivos de la intervención son fijados una vez que el psicólogo clínico se compromete a prestar ayuda profesional a un cliente. Cuando se establecen las metas de una intervención, los psicólogos clínicos tienen dos alternativas: ayudar a los clientes a adaptarse mejor a su situación actual (por ejemplo, intervenir terapéuticamente para ayudar a un cliente a adaptarse a una familia antagónica sin hacer cambios reales en la familia misma), ó ayudar a los clientes a modificar su situación (por ejemplo, enseñar a una familia nuevas maneras de comunicarse y formas más eficientes para tomar decisiones, para modificar todo el ambiente familiar) (Kendall y Norton-Ford, 1988). Según estos autores, los psicólogos clínicos utilizan una metodología empírica y clínica, ya que obtienen datos desde múltiples perspectivas y posteriormente echan mano de sus conocimientos para formular, poner en práctica y realizar la evaluación de los programas de intervención para cada cliente en particular, y en estos esfuerzos prueban hipótesis que utilizan los datos empíricos, provenientes tanto de sus evaluaciones y de sus conocimientos de investigaciones y teorías anteriores, y los datos clínicos provenientes de sus deducciones en la evaluación y de sus experiencias anteriores con los clientes. Posteriormente, determinan y ponen en práctica intervenciones clínicas para ayudar a cada cliente y realizan evaluaciones empíricas de la eficiencia de esas estrategias. Aún cuando las fuentes específicas de datos, las deducciones, las intervenciones y las evaluaciones pueden variar de un psicólogo a otro, todos los psicólogos clínicos pretenden lograr el ideal que la metodología empírico-clínica representa. Esta metodología empírico-clínica proporciona los lineamientos básicos para un proceso de intervención clínica que sea compatible con las diferentes orientaciones teóricas, permite que los psicólogos clínicos hagan la mejor utilización posible de su conocimiento de la investigación clínica, de su experiencia anterior llevando a cabo intervenciones clínicas, y de los datos provenientes de su

evaluación clínica, y alienta a los psicólogos a ser creadores minuciosos al diseñar las intervenciones, y ser constantes y precisos al evaluarlas (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Kendall y Norton-Ford consideran como los dos tipos básicos de intervención clínica a la terapia y a la consulta, y en sus propias palabras: "La terapia implica a ayudar a los clientes individuales a explorar y resolver problemas personales tales como la depresión y la infelicidad conyugal. La consulta implica ayudar a los miembros de los sistemas sociales, por ejemplo las escuelas y las clínicas, a evaluar y mejorar los principios y los procesos que dirigen esos sistemas" (Kendall y Norton-Ford, 1988, pág. 489). En cuanto a la realización de la terapia, los psicólogos clínicos echan mano de principios derivados de la teoría y la investigación psicológicas y de su preparación anterior y experiencia clínica, para ayudar a sus clientes individuales a reconocer, definir y superar sus problemas personales e interpersonales. Kendall y Norton-Ford citan un comentario de Strupp en cuanto a que: "En términos más amplios, el campo llamado "psicoterapia" comprende a una persona que ha reconocido que necesita ayuda, a un experto que ha consentido en proporcionar esa ayuda y a una serie de interacciones humanas, cuyo carácter suele ser sumamente intrincado, sutil y prolongado, y tiene por objeto producir cambios benéficos en los sentimientos y en la conducta del paciente, cambios que la sociedad en general considerará como terapéuticos" (Kendall y Norton-Ford, 1988, citando a Strupp, pág. 489). Kendall y Norton-Ford consideran que aún cuando la terapia es una labor complicada y exigente, las definiciones básicas que de la misma han realizado clínicos de diferentes tendencias teóricas son con frecuencia muy similares. El énfasis común de la "terapia" es ayudar a los clientes a superar sus problemas personales y llevar una vida más madura y satisfactoria debida a la aplicación de los principios psicológicos. Se trata de ayudar a que los clientes logren un estilo de autodeterminación individual mediante un proceso educativo. Por otra parte, Kendall y Norton-Ford consideran que la consulta "implica la aplicación de los principios psicológicos con el fin de proporcionar a los miembros de los sistemas sociales capacidades y conocimientos que les permitirán crear un cambio positivo en sus sistemas sociales. En lugar de ayudar a los clientes a explorar y resolver problemas personales, los consultores ayudan a sus clientes a entender y manejar con más eficiencia los sistemas tales como escuelas, empresas, organismos comunitarios y comunidades enteras" (Kendall y Norton-Ford, 1988, pág. 490). Existen cuatro enfoques de la consulta: 1) Trabajar con personas que buscan la manera de resolver problemas que no les permiten atender a sus responsabilidades en sus medios sociales (por ejemplo, asesoría conductual a maestros para manejar alumnos agresivos ó de escaso aprovechamiento). 2) Enseñar a las personas nuevas habilidades para que puedan prevenir problemas futuros en sus funciones sociales (por ejemplo, formación de grupos semanales para solución de problemas, para enseñar métodos psicológicos al personal médico de un hospital pediátrico). 3) El consultor concentra su ayuda a los clientes en mejorar sus sistemas sociales en lugar de únicamente sus capacidades propias (por ejemplo, reducir el conflicto entre la administración y los empleados de una empresa). 4) El consultor puede actuar como defensor de un grupo u organismo en particular, proporcionando dirección y capacitación para mejorar la eficacia del cliente (por ejemplo, promover los derechos e intereses de grupos con bajos ingresos, organizándolos y preparándolos

para gestionar más eficazmente buscando el cambio en sus comunidades, el consultor realizando la negociación a nombre de estos grupos con las más altas autoridades). Según Kendall y Norton-Ford los psicólogos clínicos tienen la gama completa de capacidades para realizar la consulta en menor proporción que la experiencia como psicoterapeutas (Kendall y Norton-Ford, 1988).

En cuanto a las fases básicas de la intervención clínica, estos autores consideran que tanto en la terapia como en la consulta, estas fases básicas son: a) las consideraciones previas, b) el establecimiento de rapport y negociación de un contrato, c) la evaluación, d) la formulación de objetivos, e) la intervención propiamente dicha, y f) la terminación. En seguida se describen con mayor detalle estas fases:

a) Las consideraciones previas: esta fase plantea problemas relacionados con la suficiencia de las capacidades y pericia del psicólogo clínico y con la naturaleza de las necesidades del cliente. En la terapia, en esta fase, el psicólogo clínico determina si él y su cliente pueden trabajar juntos de manera productiva, ó considera que el cliente puede beneficiarse mejor con los servicios de otros profesionales (tales como médicos, abogados, etc.) que con la aplicación de una terapia psicológica, y si los servicios de estos otros profesionales llegarán a utilizarse como complementos incluso aunque la psicoterapia puede ser indicada. También deben considerar los terapeutas su competencia profesional, es decir si llevan a cabo o no la intervención autoevaluando su preparación y experiencia en cuanto a lo idóneo de enfrentar competentemente los problemas y necesidades de un cliente. (Estos autores consideran que aunque la experiencia no es tan importante para tener efectividad terapéutica, sí lo es el que hayan realizado psicoterapia bajo supervisión para poder ayudar a los clientes con el tipo de trastorno que presentan). También debe evaluar su competencia personal (tener confianza en sí mismo, ausencia de conflictos psicológicos que interfieran y el respeto e interés auténticos por otras personas), lo cual es igualmente importante. También en esta fase el clínico debe determinar si el cliente está preparado para trabajar eficazmente en psicoterapia. En cuanto a la Consulta, en esta fase deben examinar los valores de la organización que demanda el servicio, para revisar si no son contrarios a sus propios valores. También deben evaluar si cuentan con los recursos y las capacidades necesarias para satisfacer las demandas del cliente, y por último evaluar si la consulta es la intervención más adecuada, ya que existen otras alternativas tales como la terapia, el apoyo político y el informe de investigación que pueden ser sustitutos ó complementos de la consulta (Kendall y Norton-Ford, 1988).

b) Establecimiento de Rapport y negociación de un contrato: después de que el clínico decidió aceptar el caso, procede a tratar de establecer una relación amistosa y respetuosa con el cliente y de celebrar un contrato el cual describa las responsabilidades del clínico y del cliente. El comunicarse con los clientes en forma reservada pero también amistosa, interesada y comprensiva puede reducir las preocupaciones del cliente y ganarse su confianza. El establecimiento de un contrato puede tener el fin de que se cuente con un acuerdo claro sobre los derechos y responsabilidades del clínico y del cliente. El clínico no puede prometer que aliviará todos los problemas del cliente, pero puede declarar en el contrato sus intenciones de ofrecer la intervención más efectiva que sea posible. En el contrato también pueden señalarse las necesidades e

intenciones del cliente. Se recomienda que el contrato contenga lo siguiente (aún cuando el formato de estos contratos puede ser determinado por el psicólogo clínico y el cliente): 1) Los objetivos de la terapia, 2) la duración, frecuencia y costo de las sesiones de terapia, 3) la técnica general de la terapia, 4) la obligación del cliente de participar en las sesiones y la estipulación de que la información será privada y confidencial (Kendall y Norton-Ford, 1988).

c) Evaluación: aunque el psicólogo clínico comienza a recabar datos de evaluación al observar los patrones de conducta de su cliente desde la primera vez que tiene contacto con él, la mayor parte de los datos obtenidos en la evaluación se obtienen generalmente mediante la utilización de una serie de pruebas psicológicas, observaciones y entrevistas. En esta fase es importante conocer, entre otras cosas, porqué el cliente ha buscado la terapia o la consulta precisamente ahora, es decir, qué crisis actuales, presiones o incentivos lo hicieron buscar ayuda en este momento (Kendall y Norton-Ford, 1988).

d) Formulación de objetivos: después de que el clínico y el cliente han trazado un cuadro preciso de los problemas y aspectos principales, deben trabajar juntos para formular los objetivos específicos de la intervención. En la terapia, se inicia la formulación de objetivos comparando las discrepancias entre las creencias, sentimientos y acciones actuales del cliente y las creencias, sentimientos y acciones que desea experimentar. Tomando en cuenta este punto de partida, la formulación de objetivos constituye un proceso gradual con cinco características que lo definen: 1) aclaración y perfeccionamiento progresivos, 2) paso de lo general a lo específico, 3) establecimiento de objetivos temporales y definitivos, 4) establecimiento de metas constructivas, no negativas y 5) colaboración para la formulación de objetivos entre el cliente y el terapeuta. En la consulta, al igual que en la terapia, deben establecerse los objetivos de la consulta en forma progresiva, constructiva, específica y en colaboración (Kendall y Norton-Ford, 1988).

e) La intervención propiamente dicha: aunque existen diferencias en cuanto a lo que se hace en diferentes enfoques de intervención, Kendall y Norton-Ford afirman que existen varios arreglos prácticos que son aspectos importantes de toda intervención clínica. Según estos autores no existen reglas simples y definitivas en cuanto cuándo, dónde, con qué frecuencia o durante cuánto tiempo se debe realizar la terapia o la consulta. De forma general, la hora y el lugar son determinados por los programas del psicólogo clínico y del cliente, aunque en condiciones normales la terapia se lleva a cabo en un consultorio profesional, aunque algunos terapeutas pueden reunirse ocasionalmente con sus clientes en las situaciones reales asociadas sobre todo con los trastornos del cliente. La frecuencia de las sesiones en terapia varía de tres a cinco veces por semana en algunos tratamientos, hasta una vez por semana, o cada dos semanas, en otros. Cuando son pacientes externos, es decir, cuando los clientes viven en su casa y visitan el consultorio del terapeuta, la terapia se lleva a cabo típicamente una vez por semana. Cuando son pacientes internos (hospitalizados) la terapia se lleva a cabo por lo común de una a tres veces por semana. De la misma forma, la frecuencia de las consultas varía de acuerdo con los objetivos perseguidos, desde sesiones intensivas de todo un día hasta sesiones mensuales de 50 minutos de duración. La duración de la terapia o la consulta varía desde una sola sesión hasta muchas sesiones en el transcurso de varios años.

f) Terminación: es complejo definir factores tales como cuándo y cómo dar por terminada una intervención clínica. La mayoría de los clínicos opina que el mejor momento para hacerse esto es cuando el cliente ha adquirido la capacidad necesaria para manejar sus problemas de forma autónoma. La terminación de la intervención debe de ser una decisión conjunta del clínico y el cliente. En general, tanto terapeutas como consultores introducen la idea de la terminación varias semanas antes para que haya tiempo para discutir los sentimientos del cliente y concluir gradualmente la intervención. Aunque en ocasiones los clientes terminan a veces antes de que en opinión del clínico es que se dé por terminada la intervención, por lo general el clínico y el cliente reservan una sesión para hablar de tres aspectos de la terminación: la relación (para ayudarle a darle seguridad al cliente para controlar independientemente su vida y para asegurarle de que el terapeuta se preocupa auténticamente por él; en consulta, los aspectos de la relación destacan menos pero es importante también reservar un poco de tiempo para despedirse personalmente del cliente), la conservación (para que los clientes conserven lo que han logrado en la terapia o la consulta) y la reanudación (para que en caso necesario se pueda disponer de una nueva terapia o consulta, aunque debe de alentarse a los clientes para que manejen sus problemas de forma tan autosuficiente como les sea posible; se les indica que el clínico estará disponible si el cliente quiere discutir la renovación de la terapia o la consulta ó de que necesite ayuda para contactar otros recursos terapéuticos o educativos) (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Por su parte, Korchin (1976) afirma que todas las intervenciones clínicas tienen como finalidad el aumentar el bienestar y la eficiencia de las personas que tienen algún tipo de aflicción. Viéndolo de forma amplia, la intervención clínica incluye esfuerzos para: 1) entender el estado de la persona, es decir, mediante la realización del proceso de evaluación; 2) alterar la personalidad y el funcionamiento de la persona, es decir, mediante la realización del proceso terapéutico; y 3) alterar las influencias (ó fuerzas) que actúan sobre la persona, las cuales le producen ó le exacerban sus problemas, es decir, mediante la realización del proceso de ejercer control sobre el ambiente. El *locus* (centro ó lugar) de la intervención pueden ser la persona misma (como se realiza en terapia individual ó en modificación de conducta), los grupos pequeños en los cuales la persona funciona (como se realiza en terapia de familia ó de grupo), ó la comunidad en la cual la persona vive (como en la intervención social y comunitaria). Según Korchin, existen numerosos modos de intervenir. Los sistemas para intervenir dependen de cómo se concibe la personalidad y los problemas humanos, así que las intervenciones difieren en el grado en el cual hacen hincapié en la reeducación, en la exploración de la personalidad y en la autocomprensión, en el alivio emocional, en el recondicionamiento de conductas aberrantes, o en la alteración de los factores sociales que inciden en el individuo (Korchin, 1976). Las intervenciones practicadas por los psicólogos clínicos, lo que hacen para entender y ayudar a las gentes con problemas, particularmente en los campos de la evaluación clínica, la psicoterapia y la psicología comunitaria, tienen conceptos y métodos los cuales se sostienen sobre los términos de amplias conceptualizaciones en el campo de la salud mental, las cuales determinan cómo son vistas la salud y la enfermedad mental, y por lo tanto, qué tipos de intervenciones son seleccionadas para

aliviar o impedir tales problemas. Korshin describe estos modelos y los clasifica en 5 diferentes modelos, los cuales caen dentro de tres grupos mayores, aunque considera que su clasificación es algo arbitraria y demasiado inclusiva. Los cinco modelos son : I. El Modelo Clínico, al cual divide en a) De custodia y b) Terapéutico. Este modelo abarcaba el campo entero de la salud mental que existió (con algunas pocas excepciones) hasta mediados de la década de los cincuentas. El énfasis de este modelo es el individuo que tiene alguna aflicción. En el polo de la custodia, el pensamiento es guiado por el concepto médico de enfermedad psiquiátrica, en el cual el individuo es incapaz de manejar su propia vida, por lo que el cuidado debe ser impuesto por la sociedad, y se le da al individuo custodia y tratamientos a base de drogas o fármacos, electroshocks y otras terapias somáticas, y se concibe la enfermedad mental como de origen biológico. Todo esto se ejemplifica con los hospitales psiquiátricos. En este polo el diagnóstico psiquiátrico es valorado, pero es más frecuentemente utilizado con propósitos más de tipo administrativo y estadístico. Las intervenciones sociales y psicológicas pueden o no estar disponibles o consideradas de ser menos importantes. La responsabilidad y autoridad dentro del hospital psiquiátrico es del médico, viéndose las otras profesiones como "paramédicas" y subordinadas. El polo terapéutico abarca una amplia variedad de conceptos de personalidad, de psicopatología y de intervenciones psicológicas, las cuales tienen en común su interés por el bienestar del paciente individual. En este polo se incluyen la mayoría de las actividades de los clínicos que intervienen con enfoques tan diversos como el psicoanálisis, el existencialismo y el conductismo. Este polo es por mucho el más desarrollado y el más internamente diferenciado. Se concibe que el trastorno mental tiene orígenes psicológicos. Lo que tienen en común los diversos enfoques terapéuticos es su fe en la eficacia de la intervención psicológica de uno u otro tipo, para lograr cambios deseables los pacientes. Se considera en este polo que el individuo es capaz de voluntariamente contratar los servicios profesionales para lograr su alivio, y el clínico trabaja directamente con el paciente, y sólo de forma secundaria o no del todo con otras personas relevantes del medio ambiente del paciente. En este polo uno de sus sellos distintivos es el interés principal en la persona con aflicción, el respeto a sus necesidades y deseos, intervenciones personalmente contratadas las cuales usualmente ocurren en un ambiente profesional (un hospital, clínica o práctica privada) y son ofrecidas por un trabajador de la salud mental profesionalmente entrenado. II. El Modelo Comunitario, el cual se divide en a) Polo Clínico y b) Polo de la Salud Pública. En el Modelo Comunitario el énfasis de la intervención se da al ambiente social en lugar de dárselo al individuo. En este modelo el interés es el proveer cuidados tempranos e inmediatos que estén disponibles para todas las partes de la población, con la esperanza de proveer de modos para prevenir y tratar los trastornos psicológicos, en ambientes integrados lo más posible con la vida de la comunidad. En el Modelo Comunitario se enfatiza el rol de los factores sociales como los determinantes de los problemas humanos, y el cuidado de los pacientes se da en el contexto de los valores de la comunidad y las instituciones; se da lo más posible en ambientes innovativos los cuales son más flexibles que las instituciones de salud mental tradicionales. Se pretende hacer que los servicios clínicos sean inmediatamente y fácilmente accesibles para todas las porciones de la población, particularmente las pobres y desaventajadas a las cuales se les negaron

previamente servicios adecuados. En el polo clínico, dentro de este modelo comunitario, todavía se enfoca en el individuo con alguna necesidad de atención psicológica (relacionado cercanamente con el polo terapéutico), aunque hay un mayor interés explícito en el contexto social de la intervención. En este polo los modelos de intervención son generalmente del mismo tipo que en el modelo terapéutico, pero son adaptados para las necesidades especiales y estilos de vida de comunidades particulares. El servicio se ofrece en ambientes menos profesionales y frecuentemente en colaboración con miembros de la familia y "curadores" comunitarios, y algunas veces con miembros de la comunidad especialmente entrenados. La meta inmediata es sostener a pacientes a través de crisis de su vida y promover las competencias sociales. Hay relativamente menor interés en intentar lograr mayores cambios de personalidad del tipo de los que son buscados por los psicoterapeutas. La terapia es más breve y más focalizada. En el trabajo comunitario, el clínico está necesariamente más involucrado con la vida diaria y los problemas sociales de su cliente, particularmente en el trabajo con poblaciones pobres y minoritarias, y su rol está menos diferenciado del de aquellos de otras profesiones de ayuda (por ejemplo, trabajadores de beneficencia social, consejeros de empleo, etc.). El foco de interés son los problemas presentes del cliente y su inmediata conducta social, más que su historia de vida, su organización de personalidad y su funcionamiento, valores y actitudes. Para servir a la población en una cantidad más grande posible y lo más efectivamente posible, se valoran y buscan más los modos de intervención más cortos y menos costosos. Como el bienestar del paciente está íntimamente conectada con la conducta de los miembros de la familia y de otras personas relevantes en la comunidad, el clínico trabaja con ellos, y de otros modos también el clínico se involucra directamente en esfuerzos para alterar el ambiente del paciente para aliviar el estrés psicosocial. Actividades tales como una evaluación extensiva de la personalidad, a través de entrevistas o tests psicológicos son un lujo en un servicio clínico comunitario. El Polo de Salud Pública centra más directamente su interés en las influencias sociales que afectan las vidas de los individuos. Mientras un enfoque clínico se interesa por el individuo enfermo, un enfoque de salud pública se dirige a la prevención a través de la eliminación de las condiciones causantes de enfermedad. Se realizan esfuerzos para alterar algunas de las condiciones sociales que afecten comunidades completas. En un principio, la prevención es la meta mayor. Las intervenciones son centradas en la población o en los sistemas sociales. El trabajo se realiza en las instituciones sociales que están más cercanamente involucradas con las vidas de los miembros de la comunidad y que pueden ser más accesibles al cambio, y puede realizarse en escuelas, familias, fábricas, etc., ya que se piensa que al reducir las condiciones estresantes en esos sistemas puede tener como último efecto el avanzar en el bienestar de grupos grandes de personas así como ayudar a un individuo en particular con trastornos. III. El Modelo de Acción Social, el cual Korchiin presenta como contraste, ya que presenta el punto de vista en línea con el modelo de salud pública, pero de un modo más extremo. En este modelo de acción social se considera que los problemas humanos son esencialmente reflejos de las tensiones en la sociedad, por lo que se requiere de la reorganización de las instituciones sociales para lograr un alivio completo y duradero de los problemas humanos. Se ven las actividades de los profesionales de la salud mental, aún de los que hacen trabajo

comunitario, como paliativos cuando mucho. Niegan no sólo el valor de la intervención clínica sino que la consideran como una barrera positiva para el cambio radical. Los problemas humanos radican en la sociedad, y el cambio en sus estructuras fundamentales es necesario si se trata de lograr el bienestar verdadero del ser humano. Aquí se encuentran los críticos más vigorosos del modelo médico. Consideran que los enfoques terapéuticos y comunitarios son utilizados para influenciar y controlar al individuo de acuerdo a la ideología dominante del estado, industria, y otros centros de poder de la sociedad (Korchin, 1976). Korchin considera que la progresión entre los cinco modelos representa un número de tendencias relacionadas que mueven a uno a través de la lista desde: 1) concepciones históricamente más antiguas hasta más recientes; 2) de suposiciones médicas hacia psicológicas y hacia sociales en cuanto a la naturaleza de los trastornos psicológicos y su tratamiento; 3) de un enfoque centrado en la persona hacia un énfasis centrado en la sociedad; 4) de modos más directos hasta más indirectos de intervención; y 5) de definición de roles profesionales, desde los menos claramente definidos hasta los más exclusivos (Korchin, 1976).

3.2 DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA DE WOLBERG (1977).

Según Wolberg, el uso del término "psicoterapia" ha sido ambiguo, ya que se ha usado vagamente para connotar, entre otros significados, a la ayuda ó apoyo, al tratamiento, al asesoramiento ó consejo, a la guía, educación, y aún a la influencia. Las definiciones de la Psicoterapia han estado frecuentemente asociadas a campos disciplinarios tales como: la psiquiatría, la psicología, el trabajo de casos, etc. Esta ampliación en los campos profesionales ha llevado al centro de acción de la psicoterapia a una situación poco definida en donde hay una variedad de ideas no muy claras, fomentando una gran variedad de teorías y técnicas. Sin embargo, Wolberg sugiere una definición breve y precisa para limitar las operaciones de la psicoterapia. Para Wolberg: "La Psicoterapia es el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en el cual un profesional entrenado establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de: 1) remover, modificar, o retardar síntomas existentes, 2) mediar ó intervenir en patrones trastornados de conducta, y 3) promover el crecimiento positivo de la personalidad y del desarrollo" (Wolberg, 1977, pág. 3). Explicando con más detalle, Wolberg señala que la psicoterapia es una forma de tratamiento, ya sea que se realice "reeducación", "proceso de ayuda" y "guía", términos que son meramente descriptivos de lo que pasa en el curso del tratamiento y los cuales no disfrazan la naturaleza terapéutica del proceso. Afirma que en el campo de la salud mental existen otras formas de intervención diferentes de la terapia, tales como: educación, trabajo de casos y consejo ó orientación ("counseling"). Para Wolberg, el término "Psicoterapia" es un término genérico el cual cubre al espectro entero de los métodos de tratamiento psicológico, los cuales van desde maniobras diseñadas de la relación paciente-terapeuta, hasta inductriciones amoldadas para cambiar sistemas de valores, tácticas dirigidas a procesos intrapsíquicos, técnicas de condicionamiento que intentan alterar mecanismos nerviosos. Por lo tanto, el repertorio de estrategias es abundante, y sus formas de aplicación son variadas, ya que se aplican a individuos, parejas y grupos, las cuales dependen del establecimiento de comunicación adecuada, tanto verbal como no verbal. Se excluyen modalidades tales como las terapias somáticas (farmacoterapia, terapia convulsiva, cirugía, etc.),

las cuales, a pesar de tener efectos psicoterapéuticos, no son estrictamente hablando, formas de psicoterapia. Para Wolberg, en cuanto a que la psicoterapia trata problemas de naturaleza emocional, afirma que los problemas de naturaleza emocional son muy diversos, ya que influyen en cada faceta del funcionamiento humano, y se manifiestan en distorsiones en la psique del individuo, en su vida somática, interpersonal y comunitaria. Las manifestaciones de la enfermedad emocional son múltiples, abarcando la totalidad del ser humano, por lo que al ver la totalidad que se ve trastornada, es arbitrario y poco sano el separar las dificultades sociales e interpersonales de los trastornos psíquicos y psicofisiológicos, los cuales usualmente coexisten, pero a veces no es obvia esta coexistencia. Para Wolberg, el tratamiento debe ser dado por una persona entrenada, ya que, para proceder de la forma más adecuada con un problema de naturaleza emocional se requiere que el profesional tenga un alto grado de habilidad que puede ser mejor adquirido con un amplio y extensivo entrenamiento (ó capacitación) a nivel de posgrado y con una igual experiencia. Ya que la relación interpersonal es el centro principal del proceso terapéutico, esta relación es planeada y fomentada deliberadamente por el terapeuta. Se diferencia de las relaciones interpersonales no profesionales ya que la relación terapéutica es un emprendimiento colaborativo, el cual es comenzado y mantenido a un nivel profesional hacia objetivos terapéuticos específicos, y pueden trabajar más de un terapeuta (un coterapeuta ó múltiples terapeutas). Ya que el individuo en psicoterapia está recibiendo tratamiento, se le llama "paciente" en preferencia a otra designación tal como "cliente". El terapeuta puede relacionarse con más de un paciente, como sucede en terapia grupal ó marital. En la terapia el objetivo principal es eliminar el sufrimiento del paciente así como también remover los obstáculos ó trabas que le imponen los síntomas al paciente. A pesar de querer lograr el completo bienestar del paciente, existen ciertas condiciones que pueden impedir esto, tales como motivación inadecuada en el paciente, fortaleza yoica (para Wolberg son los recursos positivos de la personalidad que permitirán al paciente sobreponerse a sus ansiedades, a las ganancias secundarias de su enfermedad y adquirir defensas nuevas y más adecuadas) diminuta, y limitaciones en el tiempo disponible del paciente ó en sus finanzas. Todo esto impondrá restricciones en la extensión de lo que se quiere lograr con la ayuda, por lo que sólo se podrá intentar modificar en lugar de curar los síntomas del paciente. Existen los casos de formas malignas de trastornos emocionales, tales como los trastornos esquizofrénicos fulminantes, en los cuales la psicoterapia, sin importar qué tan diestramente sea aplicada, sólo puede lograr el retardar un proceso que es inevitablemente deteriorativo. Sin embargo, este efecto paliativo es importante, ya que permite frecuentemente el que el paciente preserve su contacto con la realidad. El darse cuenta de que la estructura de carácter está involucrada en todas las enfermedades emocionales, esto ha ampliado los objetivos de la psicoterapia de meramente aliviar ó remover los síntomas hasta la corrección de relaciones y patrones interpersonales trastornados. El uso final de la psicoterapia es de servir como vehículo de la maduración de la personalidad, lo cual ha introducido una nueva dimensión en el campo de la psicoterapia, la cual interviene, por una parte, con problemas de inmadurez de la llamada persona "normal", y por otro lado, con dificultades caracteriológicas asociadas con el crecimiento inhibido consideradas anteriormente como inaccesibles al tratamiento. En estos casos la psicoterapia es dirigida a la

resolución de bloqueos en el desarrollo psicosocial para que el individuo pueda aspirar a una autorrealización creativa más completa, hacia actitudes más productivas en la vida, y hacia relaciones más gratificantes con la gente. De este modo, las metas de la psicoterapia se extienden desde el limitado objetivo de ayudar a controlar síntomas hacia la liberación de los ricos recursos de la mente humana de las obstrucciones neuróticas que impiden su propósito y atroflan su crecimiento (Wolberg, 1977).

3.3 CLASIFICACIÓN DE WOLBERG DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS (Ó DE INTERVENCIÓN).

Wolberg clasifica a las técnicas terapéuticas (o como él las llama, variedades de psicoterapia) en tres grupos: Terapias de Apoyo, Terapias Reeducativas y Terapias Reconstructivas, las cuales se describen a continuación en los incisos 3.3.1, 3.3.2, y 3.3.3, respectivamente, en términos de sus objetivos, sus características generales, sus semejanzas y diferencias, así como algunos de los enfoques ó terapias que Wolberg clasifica dentro de cada grupo de estas variedades de psicoterapias.

3.3.1. Terapias de Apoyo.

Según Wolberg, el objeto de la terapia de apoyo es llevar al paciente a un equilibrio emocional lo más rápidamente posible, con un mejoramiento de los síntomas para que pueda funcionar a un nivel aproximado a su norma. Se hacen esfuerzos para fortalecer las defensas existentes así como también para elaborar mejores "mecanismos de control". Coordinadamente, el terapeuta intenta remover o reducir los factores externos perjudiciales que funcionan como fuentes de estrés. En este tipo de terapia, el terapeuta no intenta hacer cambios en la estructura de la personalidad, aunque pueden desarrollarse alteraciones caracteriológicas constructivas de forma accidental, cuando se han recobrado las habilidades y se han logrado exitosamente nuevas adaptaciones. Hay ocasiones en las cuales la utilización de la terapia de apoyo es lo que se necesita para lograr el adecuado funcionamiento. Es el caso en el que la estructura básica del yo está esencialmente sana, y se encuentra abatida bajo el impacto de tensiones extremadamente severas, las cuales debilitan la vitalidad del individuo. Un breve periodo de terapia de apoyo es usualmente suficiente para que se recupere el equilibrio. También se puede utilizar en otros casos extremos, tales como aquellos en los cuales las experiencias de la infancia los han dejado muy cicatrizados y en donde la utilización de terapia intensiva sólo puede causar más sufrimiento. En estos casos, lo único que se puede hacer es el aliviar los síntomas, para que el individuo pueda vivir de una forma más confortable a pesar de sus desventajas. No existen criterios claros de diagnóstico para definir adecuadamente cuáles pacientes se beneficiarán más con la utilización de la terapia de apoyo, pero algunos terapeutas se apoyan en el principio pragmático de utilizar la terapia de apoyo cuando una terapia de más extensión ha fracasado en producir una respuesta adecuada. Por otro lado, los terapeutas pueden optar por utilizar la terapia de apoyo como rutina cuando existe sobrecarga de trabajo, es decir, cuando tienen más pacientes de los que pueden atender, reasignándose aquellos casos que lo ameriten a terapias reeducativas ó reconstructivas, dado el caso de que la terapia de apoyo no dé resultados satisfactorios. Para Wolberg, en todos aquellos pacientes con quienes se trabaja en terapia de apoyo, el terapeuta debe esforzarse para lograr motivar al paciente que tome parte en alguna

terapia reeducativa ó reconstructiva, para lograr no sólo el aliviar los síntomas, sino también lograr la permanencia de esos resultados. Por lo tanto, la terapia de apoyo puede utilizarse como la forma principal de tratamiento ó de forma adjunta en tratamientos donde se utilicen principalmente terapias reeducativas ó reconstructivas. Las terapias de apoyo son empleadas como: 1) Una exigencia ó recurso de corta duración para aquellas personas con estructura de personalidad básicamente sana, las cuales se encuentran afectadas por presiones transitorias que el individuo no puede manejar. 2) Medio principal de larga duración para mantener la homeostasis en pacientes con características limítrofes ó caracteriológicamente dependientes. 3) Una forma de "construcción del yo (ego)" para llevar a la persona a un punto en el que pueda dedicarse a tareas psicoterapéuticas más reintegrativas. 4) Un recurso temporal durante la terapia de insight cuando la ansiedad se torna demasiado fuerte para las capacidades existentes de enfrentamiento. Para Wolberg, es indispensable que el terapeuta en su entrenamiento entienda cuándo y cómo debe utilizar la terapia de apoyo. La terapia de apoyo no funciona en muchos casos en los cuales los conflictos con la autoridad son tan severos que el paciente de forma automática entra en competición con una persona de autoridad, menospreciándola, buscando controlarla, actuando agresivamente y hostilmente, apartándose, o volviéndose excesivamente desvalido. Wolberg incluye dentro de las terapias de apoyo a las terapias designadas como "psicoterapia paliativa", "terapia social", "terapia situacional", y "terapia del ambiente". Afirma que muchas de las tácticas utilizadas en las terapias de apoyo son similares a las utilizadas en el trabajo de casos y en el consejo ó orientación (conseuling). Wolberg clasifica entre los procedimientos utilizados en las terapias de apoyo a : la Guía, el Control y Liberación de la Tensión, la Manipulación Ambiental, la Externalización de los Intereses, el Reaseguramiento, la Sugestión de Prestigio, la Presión y Coerción, la Persuasión, la Catarsis Emocional y la Desensibilización, la Hipnosis Sugestiva, los Adjuntos de Apoyo (Terapias Somáticas, Relajación Muscular, Hidroterapia) y la Terapia Inspiracional de Grupo (Alcohólicos Anónimos, etc.) (Wolberg, 1977).

3.3.2 Terapias Reeducativas.

En las terapias reeducativas, la relación entre el paciente y el terapeuta puede ser empleada con el objeto de lograr metas más extensas que las que se logran en terapias de apoyo, es decir, un efectivo remodelamiento de la conducta y las actitudes del paciente, de acuerdo con una integración de su vida más adaptativa. En estos tipos de terapias el terapeuta intenta cualquiera de las dos siguientes cosas: 1) interponerse directamente entre el paciente y su conducta neurótica, recompensándolo por conductas saludables, ó 2) liberar en el paciente las tendencias autoactualizadoras ó de autorrealización por medio de la utilización de la relación como una experiencia emocionalmente correctiva. En este tipo de terapias existe un menor énfasis en la búsqueda de las causas, dándose mayor énfasis en la promoción de nuevas y mejores formas de conducta. Se propone que el individuo, con ayuda del terapeuta, en sí mismo tiene la habilidad de reorganizar sus valores y sus patrones de conducta. Tales enfoques son más o menos reeducativos en su naturaleza, y por lo tanto pueden ser designados como "terapias reeducativas". Según Wolberg, el objetivo en la terapia reeducativa es por lo tanto, la modificación de la conducta de forma directa a través de

reforzadores positivos y negativos y/o de relaciones interpersonales, con esfuerzos deliberados para un reajuste ambiental, modificación de metas, la liberación de las potencialidades creativas existentes, y con la esperanza de la promoción del mayor autocrecimiento. Puede o no buscarse que haya insight en los conflictos conscientes del paciente. No se hacen esfuerzos deliberados para indagar el conflicto inconsciente. Bajo estas circunstancias el individuo puede lograr suficiente dominio de su problemática para facilitarle: 1) el revisar sus tendencias de acting-out, el que rectifique distorsiones del ambiente que son remediables, ó que se ajuste a las que son irremediables, 2) organizar sus metas en la vida de forma más racional, y de que las ejecute más hábilmente, 3) el consolidar algunas defensas adaptativas y alterar otras que son menos adaptativas. Estos son objetivos dignos de atención, y por algunas razones son frecuentemente lo más a lo que muchos pacientes pueden progresar, aún con los enfoques reconstructivos más intensivos. De hecho, en muchos casos, la terapia reeducativa es el tratamiento a elegir. Una suposición fundamental en la terapia reeducativa es la que si una persona tiene éxito en alterar un patrón significativo en su vida, su sentido de habilidad restaurado se generalizará sobre un espectro amplio de conducta. Si se logra una importante mejoría en una dimensión del funcionamiento, esto puede influenciar de forma importante otros parámetros de la operación de la personalidad. La terapia reeducativa se conduce a través de: 1) la implementación de una variedad de técnicas dirigidas a recondicionar la conducta, o 2) una examinación por parte del paciente y del terapeuta de las maneras en como el paciente se relaciona con las personas y consigo mismo. En la forma como se relaciona consigo mismo, se exploran las manifestaciones de tensión y ansiedad, y se ayuda al paciente a reconocer ciertos aspectos de su conducta que son destructivos de su ajuste. Se le alienta a experimentar con nuevas actitudes interpersonales, y se le estimula para que utilice sus recursos para su mayor ventaja y para que expanda sus cualidades positivas consigo mismo. Mientras se utilizan procedimientos de entrevista, se hace poco ó ningún uso del material de los sueños, de las manifestaciones de la transferencia, y de la asociación libre. Algunas veces ocurren cambios reconstructivos como consecuencia de la terapia reeducativa, aunque estos no son específicamente los objetivos hacia los cuales se dirige el tratamiento. La aplicación de la terapia reeducativa requiere un entrenamiento especializado que sensibilice al terapeuta en los aspectos de la conducta que requieran y que puedan ser alterados, y de reconocer de interferencias gruesas de la transferencia y la resistencia en el proceso de la terapia. No es absolutamente esencial el que el terapeuta se someta a terapia personal (psicoanalítica ó reconstructiva) para realizar terapia reeducativa, aunque puede ser de ayuda, aunque es necesario que el terapeuta tenga pocas dificultades neuróticas severas y sea capaz de controlar las manifestaciones contratransferenciales si se manifiestan de forma peligrosa en el tratamiento. Wolberg clasifica entre las terapias reeducativas a los siguientes enfoques: Terapia Conductual y de Condicionamiento, Consejo Terapéutico, Psicoterapia Directiva, Terapia de Trabajo de Casos, Terapia de Relación, Terapia de Actitud, Análisis y Síntesis Distributivo (Terapia Psicobiológica), Terapia Gestalt, Terapia Centrada en el Cliente, Psicoterapia de Entrevista, Psicoterapia Semántica, Terapia Reeducativa de

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Grupo, Terapia Racional, Terapia de Pareja ó Marital, Terapia Familiar, Psicodrama, y ciertos enfoques filosóficos (Existencialismo, Budismo Zen).

3.3.3 Terapias Reconstructivas.

Según Wolberg, las psicoterapias reconstructivas están dirigidas a lograr los objetivos de reducir la fuerza de los impulsos irracionales y de los conflictos y lograr el tenerlos bajo control, el incrementar el repertorio de las defensas y hacerlas más flexibles, y disminuir la severidad de la consciencia, alterando los sistemas de valores para facilitarle al paciente el adaptarse a la realidad y a sus propias necesidades internas. Es, según Wolberg, la última meta que persigue la psicoterapia. Se busca que todos los componentes de la personalidad sean forjados dentro de un sistema acondicionado que sea casi impermeable a las influencias externas. Pero esto es muy ideal, ya que en la psique en realidad los balances homeostáticos son mantenidos para defender el ajuste neurótico, y las resistencias bloquean los intentos para interferir los mecanismos de enfrentamiento y las defensas. En realidad, el irrumpir en el sistema neurótico para modificar la estructura de la personalidad y expandir los potenciales del individuo en todas las dimensiones requeridas son trabajos difíciles y frecuentemente poco gratificantes. Sin embargo, las terapias reconstructivas están dirigidas al logro de estos objetivos. Según Wolberg, las terapias reconstructivas están más ó menos arraigadas en el modelo genético-dinámico de la personalidad, la cual propone que experiencias y condicionamientos desagradables del pasado han retardado el normal proceso de crecimiento psicosocial y en el presente promueven en el individuo emociones y conflictos psíquicos inmaduros, los cuales a su vez entran en conflicto con la realidad, por una parte, y por la otra, con los propios sistemas incorporados de ideales y normas. Todo esto trae como resultado tensiones, sentimientos catastróficos de impotencia, y expectativas de daño que en cambio invocan dispositivos de protección, siendo los más comunes la represión, un proceso de "sellamiento" que bloquea a la consciencia de los impulsos peligrosos, las actitudes y los recuerdos. Por más nobles que sean los esfuerzos, la represión de los conflictos inaceptables raramente tiene éxito para aniquilar estos conflictos, ya que en su expresión buscan que salgan motivaciones poderosas que tienen una necesidad que las impulsa. El filtramiento de impulsos ofensivos dentro de la vida consciente promueve ataques de ansiedad y avivan las defensas del yo (ego), las cuales, aunque mejoran de la ansiedad, pueden ser destructivas del ajuste. Además, los conflictos reprimidos pueden autoexpresarse como síntomas. El funcionamiento directo ó disfrazado de los conflictos repudiados, y las defensas que son movilizadas en su contra, promueven valores y actitudes que desorganizan las relaciones interpersonales. Estas son reacciones desarrolladas que se oponen al juicio y al sentido común. Mientras que el individuo puede suponer que está actuando como adulto, emocionalmente se está comportando como un niño, proyectando en su vida presente los mismos tipos de miedos, malas interpretaciones y expectativas de daño que lo confrontaron en sus primeros años de vida, como si ningunas consideraciones de tiempo y de realidad hubieran alterado de forma material los patrones que aprendió en su pasado. Mientras que se protege a sí mismo de daños fantaseados circunscribiendo sus actividades, puede arreglárselas para mantenerse bien; pero una vez que se arriesgue más allá de su zona habitual de seguridad, se verán trastornados los balances precarios que ha

construido. Según Wolberg, para tratar a un paciente de acuerdo a estas hipótesis, debe considerarse que sus síntomas son manifestaciones de un colapso general en la adaptación, y el esfuerzo terapéutico debe ser dirigido hacia la corrección de los impulsos desorganizativos que destruyen el ajuste total del paciente. Por lo tanto, el objetivo debe ser expandido hacia el crecimiento de la personalidad y su maduración, hacia mayor asertividad y mayor autoestima, y hacia relaciones interpersonales más armoniosas. En la búsqueda de estos objetivos, el terapeuta debe esforzarse por un fortalecimiento del yo (ego) del paciente, el cual al estar hasta el momento envuelto en desviar la ansiedad a través de reunir defensas neuróticas, ha estado imposibilitado para atender las necesidades esenciales del individuo. Como instrumentos hacia el fortalecimiento del yo (ego) están, en primer lugar, un mayor autoentendimiento, y en segundo lugar, en las vivencias con un nuevo tipo de autoridad, como con la que se reviste al terapeuta, de experiencias que rectifiquen las distorsiones residuales en las actitudes, sentimientos, valores, y comportamiento. Según Wolberg, cada vez más los psicoterapeutas que dirigen sus esfuerzos hacia cambios reconstructivos han tomado como inspiración las teorías y métodos del psicoanálisis, aunque algunos han tendido a calificar las ideas y tácticas que emplean con etiquetas que enmascaran su origen. La terapia reconstructiva se distingue de la terapia de apoyo y la terapia reeducativa por el grado y la calidad del insight movilizado. En la terapia de apoyo los esfuerzos hacia la adquisición de insight son mínimos. En la terapia reeducativa son más extensivos, pero son enfocados en problemas relativamente conscientes. El objetivo tradicional en la terapia reconstructiva es llevar al paciente a una consciencia de conflictos inconscientes cruciales y de sus derivados. La terapia reconstructiva se esfuerza no sólo para traer al individuo a un funcionamiento efectivo en la vida, a través del tratamiento de los síntomas incapacitantes y de las relaciones interpersonales trastornadas, sino también intenta promover la maduración del desarrollo emocional con la creación de nuevas potencialidades adaptativas. Los métodos empleados para traer aspectos inconscientes a la consciencia fueron originalmente desarrollados y descritos por Sigmund Freud, quien tuvo la facultad afortunada de iluminar los conceptos más oscuros con una simpleza verbal refrescante. Se incluyen aquí técnicas tales como la asociación libre, la interpretación de los sueños, la interpretación de la transferencia que se va desarrollando, el uso de interpretaciones estratégicamente dadas en el transcurso del tiempo del tratamiento, y el tratamiento de las transferencias hacia el contenido de material inconsciente. Un entendimiento de los determinantes genéticos de la personalidad del individuo y un entendimiento de la relación de estos determinantes con la estructura del carácter del presente de la persona son aspectos componentes del proceso terapéutico. Para Wolberg, para llevar a cabo este tipo de terapia, el terapeuta debiera haber recibido entrenamiento especial, el cual idealmente incluye un psicoanálisis personal y el tratamiento exitoso de un número de pacientes bajo la supervisión de un psicoanalista experimentado. Según Wolberg, aunque se pueden lograr cambios reconstructivos espontáneos en psicoterapias reeducativas y de apoyo, dichos cambios son fortuitos, aunque el paciente haya podido descubrir el origen de impulsos en experiencias infantiles de forma accidental. En la terapia reconstructiva, la situación del tratamiento es planeada deliberadamente para alentar el cambio por la vivencia y con el insight, de los conflictos y miedos más profundos. Resumiendo, se busca que el paciente

tenga insight en sus conflictos inconscientes, con el intento de que se logren alteraciones extensivas en la estructura del carácter, buscando lograr además la expansión del crecimiento de la personalidad, con el desarrollo de nuevas potencialidades adaptativas. Wolberg clasifica en cuatro "tipos" principales de terapia de insight con metas reconstructivas: 1) Psicoanálisis Freudiano, 2) Análisis del yo (ego), 3) Psicoanálisis "No-Freudiano" ó "Neo-Freudiano" y 4) Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada. Todas estas terapias están dirigidas a alteraciones reconstructivas de la personalidad. Sin embargo, difieren en los métodos por los cuales se realiza este objetivo. El Psicoanálisis Freudiano es, más o menos, la técnica original de Sigmund Freud. El Análisis del yo (ego), aunque retiene la forma terapéutica clásica, se enfoca en las funciones adaptativas del yo (ego). El Psicoanálisis Neo-Freudiano, el cual incluye los enfoques de Horney, Sullivan, Rank, Jung, Stekel, Ferenczi, Reich, Fromm, Rado y Adler, es una técnica modificada y más activa. La Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada es la más activa de las terapias reconstructivas. Además de estos tipos principales, existen un número de modificaciones, tales como los análisis Kleiniano y transaccional. En esta categoría reconstructiva Wolberg incluye además a la Terapia de Grupo Analítica, al Análisis Existencial, y a Terapias Adjuntas (Hipnoanálisis, Narcoterapia, Terapia de Juego, Terapia del Arte) (Wolberg, 1977).

Wolberg resume, en el siguiente cuadro, las semejanzas y diferencias técnicas entre las psicoterapias:

CUADRO NO. 1: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS TÉCNICAS ENTRE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS (TOMADO, TRADUCIDO Y ADAPTADO DE WOLBERG (1977, PÁGS. 266-267)).

	Terapia de Apoyo	Terapia Reeducativa	Terapia Reconstructiva		
			Psicoanálisis Clásico	Psicoanálisis No-Freudiano	Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada
*Duración de la Terapia:	De una sesión a varios cientos de sesiones	De varias sesiones a varios cientos de sesiones	De 3 a 5 años	De 1 a 5 años ó más	De varias sesiones a varios cientos de sesiones
*Frecuencia de las visitas de los pacientes	De 1 a 3 veces a la semana	De 1 a 2 veces a la semana	De 4 a 5 veces a la semana	De 2 a 4 veces a la semana	De 1 a 3 veces a la semana
*Se hace una detallada historia del paciente:	Usualmente	Frecuentemente	Raramente	Ocasionalmente	Ocasionalmente
Pruebas Psicológicas que se utilizan:	Pruebas de Inteligencia y Bateria Vocacional	Pruebas de Inteligencia, Bateria Vocacional, Pruebas Proyectivas	Frecuentemente se emplean Pruebas Proyectivas	Frecuentemente se emplean Pruebas Proyectivas	Frecuentemente se emplean Pruebas Proyectivas
*Comunicaciones del paciente sobre las que se enfoca el tratamiento:	En los síntomas y en los trastornos con el medio.	En los eventos diarios y las relaciones interpersonales	En las asociaciones libres sin guiarlas	En las situaciones comunes y corrientes, en las relaciones interpersonales y en otras fuentes de conflicto. Se hace uso algunas veces de las asociaciones libres	En las situaciones comunes y corrientes, en las relaciones interpersonales y en otras fuentes de conflicto. Se hace uso algunas veces de las asociaciones libres
*Actividad general del terapeuta durante el tratamiento:	Enfocada hacia el fortalecimiento de las defensas del paciente	Enfocada a desafiar las defensas existentes del paciente, de forma directiva o no directiva	Enfocada a desafiar las defensas existentes del paciente, de forma anónima, pasiva y no directiva. Se hace un constante análisis de la transferencia y de las resistencias.	Enfocada a desafiar las defensas existentes del paciente, de forma moderadamente directiva a no directiva. Se hace un constante análisis de la transferencia y de las resistencias.	Enfocada a desafiar las defensas existentes del paciente, con gran actividad que va de la directividad a la relativa no directividad. Se hace un constante análisis de la transferencia y de las resistencias.

CUADRO NO. 1: SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS TÉCNICAS ENTRE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS (TOMADO, TRADUCIDO Y ADAPTADO DE WOLBERG (1977, PÁGS. 266-267)) (CONTINUACIÓN).

	Terapia de Apoyo	Terapia Reeducativa	Terapia Reconstructiva		
			Psicoanálisis Clásico	Psicoanálisis No-Freudiano	Psicoterapia Psicoanalíticamente Orientada
Se dan consejos al paciente:	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	Raramente	Raramente
*Manejo de la Transferencia:	Se promueve la transferencia positiva y se utiliza para promover el mejoramiento en el paciente.	Se controla la transferencia positiva, y si es posible se le utiliza para el mejoramiento del paciente. Se interpreta la transferencia negativa si se desarrolla en términos de la situación de realidad.	Se fomenta la transferencia hasta el desarrollo de la neurosis transferencial. Se analiza la transferencia en términos de su origen genético.	Se fomenta la transferencia hasta el punto de que el paciente obtenga conciencia de actitudes y sentimientos reprimidos. Algunos analistas evitan la neurosis transferencial. Se interpreta la transferencia en términos de la estructura del carácter ó de sus orígenes genéticos.	Se fomenta la transferencia hasta el punto de que el paciente obtenga conciencia de actitudes y sentimientos reprimidos. Como regla, se evita el desarrollo de la neurosis transferencial. Se interpreta la transferencia en términos de la estructura del carácter y ocasionalmente de sus orígenes genéticos.
*Tipo de relación general del paciente con el terapeuta:	Se fomenta y utiliza la relación positiva.	Se fomenta y utiliza la relación positiva.	Se permite que la relación se desarrolle de forma espontánea.	Se permite que la relación se desarrolle de forma espontánea.	Se permite que la relación se desarrolle de forma espontánea, y ocasionalmente se fomenta y utiliza la relación positiva.
Posición física del paciente durante la terapia:	Sentado cara a cara frente al terapeuta.	Sentado cara a cara frente al terapeuta.	Recostado en un sofá.	Sentado cara a cara frente al terapeuta, ó recostado en un sofá.	Sentado cara a cara frente al terapeuta, y ocasionalmente recostado en un sofá.
*Uso de material de los sueños del paciente:	No se utiliza durante el tratamiento.	No se utiliza durante el tratamiento.	Se utiliza constantemente durante el tratamiento.	Se utiliza constantemente durante el tratamiento.	Se utiliza constantemente durante el tratamiento.
Adjuntos utilizados durante el tratamiento:	Biblioterapia, Terapia del Arte, Terapia de Grupo, Terapia Física, Terapia Somática, Hipnoterapia, Terapia Ocupacional.	Terapia de Grupo, y ocasionalmente la Biblioterapia.	Ninguno.	Pocos ó ninguno.	Terapia Analítica de Grupo, Hipnoanálisis, Narcoterapia, y ocasionalmente la Terapia de Juego y la Terapia del Arte.

NOTA: Los aspectos técnicos marcados con un asterisco (*) fueron utilizados en la elaboración de algunos reactivos técnicos del cuestionario, para conocer con más certeza qué aspectos técnicos manejan los psicólogos durante su trabajo terapéutico.

3.4 OTRAS CLASIFICACIONES DE PSICOTERAPIAS: MILLON Y FIORINI.

3.4.1 Clasificación de Theodore Millon .

Más que ser propiamente dicho una clasificación de psicoterapias, esta clasificación de Millon (1974) es una clasificación de teorías de psicopatología, en la cual el autor abarca los siguientes puntos: etiología y el desarrollo (es decir, el origen de la enfermedad mental y su desarrollo), los patrones patológicos (es decir, lo que se podría llamar la descripción de los síntomas ó del cuadro diagnóstico), y por último, lo más importante para el capítulo de la presente tesis: la terapéutica. Clasifica a las teorías de psicopatología (incluyendo a la terapéutica de las enfermedades mentales y a los otros puntos mencionados) en: 1) Teorías biofísicas: son las teorías que asumen que los defectos y deficiencias biofísicas en anatomía, fisiología y bioquímica son responsables de la psicopatología. Aquí los datos biofísicos serán utilizados como base para conceptualizar la psicopatología, y la terapéutica utilizada será por consiguiente por métodos

biofísicos principalmente. En medicina física las infecciones, errores genéticos, obstrucciones, inflamaciones u otras alteraciones del funcionamiento normal se manifiestan externamente por medio de fiebre, fatiga, dolores de cabeza, etc. Los síntomas de "superficie" tales como conducta rara, sentimientos de angustia o relaciones interpersonales mal adaptadas tendrán como base defectos o deficiencias biofísicos. La diferencia principal que los seguidores de este enfoque ven entre trastornos psicológicos y biofísicos es que, en los primeros los cuales afectan al sistema nervioso central, se manifiestan principalmente en síntomas conductuales y sociales, mientras que en los segundos, los cuales afectan otros sistemas orgánicos, se manifiestan en síntomas físicos. En este enfoque, por lo tanto, las terapias utilizadas serán la psicofarmacoterapia y tratamientos somáticos como la psicocirugía y tratamientos convulsivos (Millon, 1974). Estrictamente hablando, comparando con Wolberg y Korchin, esto no sería propiamente dicho una forma de psicoterapia, ya que se usan métodos físicos que en última instancia tienen efectos sobre el funcionamiento psíquico, pero no se utilizan medios psicológicos, como dicen las definiciones de intervención o psicoterapia de Wolberg, Kendall y Norton-Ford y Korchin. Sería la terapéutica utilizada por los psiquiatras con orientación exclusivamente médica, sin orientación psicodinámica.

2) Teorías intrapsíquicas: para los seguidores de estas corrientes, los trastornos psicológicos de la edad adulta son producto directo de la acción continua e insidiosa de acontecimientos pasados, particularmente en la infancia temprana. Los trastornos en la edad adulta tienen como base a las ansiedades de la infancia y la continuación progresiva de maniobras defensivas, que fueron concebidas para proteger contra el retorno de aquellos sentimientos. Estos dos condicionantes de la edad adulta (las ansiedades de la infancia y las maniobras defensivas) son inconscientes, es decir, no pueden ser llevadas a la conciencia más que en condiciones poco usuales. El método intrapsíquico de tratamiento es la indagación de los procesos inconscientes. Se buscan en el tratamiento intrapsíquico, principalmente, las ansiedades reprimidas de la infancia las cuales persisten en el individuo y se fijan de forma insidiosa en las experiencias ulteriores, y secundariamente, los procesos de adaptación que protegen al individuo contra la recurrencia de dichas ansiedades. En este enfoque se encuentran autores tales como Sigmund Freud, Heinz Hartmann, Carl Jung, Erik Erikson, Karen Horney, Erich Fromm, Harry Stack Sullivan, Lewis Wolberg, etc. (Milloit, 1974). Como se puede observar, esta categoría es equivalente a la de Terapias Reconstructivas de Wolberg.

3) Teorías Fenomenológicas: para los seguidores de estas corrientes, el individuo solo reacciona al mundo con términos de su percepción única de él mismo. Aunque el individuo tenga una percepción muy transformada o inconsciente, es la forma que tiene el individuo de percibir los acontecimientos, y esto condiciona su conducta. Por lo tanto, los conceptos y las proposiciones deben ser formuladas de acuerdo en como el individuo percibe realmente de forma consciente los acontecimientos, y no en términos de realidades objetivas o de procesos inconscientes. Para acercarse a la realidad fenomenológica de cada individuo, se debe adoptar una actitud empática, tratando de sentir en uno mismo aquello que experimenta la otra persona, lo que lleva de suposición que las declaraciones verbales del individuo reflejan exactamente su realidad fenoménica. Los informes verbales del individuo reflejan las influencias más importantes sobre su conducta. Aunque pudiera parecer que algunos recuerdos y

sentimientos verbales sean engañosos no deben ser descartados como inútiles. Los acontecimientos lo más cercanamente posibles a la experiencia de ellos por el individuo contienen a menudo conocimientos que no serían obtenidos por otros medios. Aquí Millon clasifica a enfoques tales como la Psicología Existencial, la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers, a Maslow, y a la Psicoterapia Racional de Ellis (Millon, 1974). Se puede observar que en esta categoría se incluyen enfoques que Wolberg clasifica en su categoría de Terapias Reeducativas. 4) Teorías Behaviorales (ó conductuales): estas teorías se iniciaron con el punto de vista de que la introspección subjetiva era "anticientífica" y debería de reemplazarse por la utilización de conducta objetivamente observable. Deberían además de definirse objetivamente todas las influencias ambientales sobre la conducta, y si se suponía la existencia de procesos no observables en el individuo, deberían de definirse estrictamente en términos de procesos observables que indicaran su existencia. Los conceptos de estas teorías conductuales se basan en leyes "empíricas" ostensibles de aprendizaje, y para sus seguidores la conducta patológica es conducta aprendida desarrollada de acuerdo con las mismas leyes que rigen el desarrollo de la conducta normal. En diferencia a la conducta normal, la conducta trastornada difiere únicamente en cuanto a magnitud, frecuencia y adaptabilidad social. Se incluyen en esta categoría enfoques tales como los de Skinner, Bandura, Dollard y Miller, Wolpe, etc. (Millon, 1974). Se puede observar que en esta categoría se incluyen enfoques que Wolberg también clasifica en su categoría de Terapias Reeducativas. 5) Teorías Socioculturales: en estas teorías, el objeto de la atención es la comunidad y la situación cultural, es decir, las fuerzas sociales más amplias que modelan y colorean la vida del paciente y las que este, a su vez, modela y colorea. Aquí el "modelo de salud pública" reemplaza al "modelo clínico", y se incluyen en estas teorías programas preventivos, comunidades terapéuticas hospitalarias, terapéuticas de intervención en crisis, investigación de la acción social y otras cosas similares. Es llamada la "tercera revolución de la salud mental". Se incluyen aquí los enfoques de autores tales como Sabshin, Leighton, Jones, etc. (Millon, 1974). Como se puede observar, Wolberg no incluye en su clasificación de Psicoterapias a estas formas de intervención, por lo que quedan mejor en concordancia con la clasificación de Modelos de Intervención de Korcliin, en su Modelo Comunitario.

3.4.2 Clasificación de Héctor J. Fiorini.

En su "delimitación técnica de psicoterapias", como él le llama, este autor hace su clasificación de psicoterapias en tres grupos: psicoterapia de apoyo, de esclarecimiento y transferencial. Las clasifica en base a la utilización de varios parámetros, los cuales considera como enfoques complementarios: psicodinámico (con referencia especial a la teoría de las relaciones objetales, particularmente aspectos transferenciales), comunicacional (fenómenos de interacción diádica tales como control de la relación, definición de su naturaleza, etc.) y en base a conceptos de teoría del aprendizaje (aspectos pedagógicos en el vínculo, la influencia del rol social "experto", y el papel correctivo de la experiencia del vínculo con el terapeuta). Considera únicamente las operaciones del terapeuta, el tipo de relación que propone y los efectos que tienden a producir sus intervenciones y actitudes, y no el repertorio de respuestas que puedan dar a cada una de ellas distintos pacientes. Sin embargo, a diferencia de Wolberg, no indica qué enfoques teóricos y técnicos de

psicoterapia quedan incluidos en su clasificación, por lo que se decidió utilizar a la clasificación de Wolberg como principal en esta tesis. Sólo se cita esta clasificación de Fiorini (como ya se afirmó con anterioridad) como complemento y contraste con la de Wolberg. Al igual que Wolberg, pero quizás un poco más, Fiorini maneja más términos psicodinámicos en su descripción de los diferentes tipos de psicoterapias. A continuación se describe cada tipo de psicoterapia según Fiorini y los parámetros que utiliza: 1) Psicoterapia de apoyo: en esta terapia los objetivos que se persiguen son, según Fiorini, la atenuación o supresión de la ansiedad y otros síntomas clínicos, para favorecer un retorno a la situación de homeostasis previa a la descompensación o crisis. Se intenta también eventualmente modificar pautas de conducta estimulando el ensayo de comportamientos nuevos durante la experiencia terapéutica. Existe frecuentemente una limitación temporal desde el principio, es decir, se dice cuánto va a durar la terapia como proceso (número de sesiones, etc.). La situación terapéutica es frente a frente, es decir, terapeuta y paciente sentados uno frente al otro. Como estrategia básica se busca establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector, orientador, tendiente a favorecer, en términos psicodinámicos, el favorecer en el paciente "una disociación entre objetos "buenos" y "malos" de un modo tal que proyecte en el terapeuta el objeto bueno y excluya de su relación con el mismo al objeto perseguidor (reforzamiento de la divalencia)" (Fiorini, pág. 52). El terapeuta no sólo funciona como "pantalla de proyección" sino de ser un rol asegurador directivo. En buena parte, la eficiencia de esta terapia depende de la influencia correctora del vínculo real con el terapeuta ("experiencia emocional correctiva"). La relación interpersonal es claramente definida, con roles y tarea no ambiguos. Deben evitarse los silencios y la distancia afectiva del terapeuta por medio de una actitud activa, de diálogo de su parte. La relación entre paciente -terapeuta con el paciente como subordinado y el terapeuta como autoridad. Las intervenciones del terapeuta son de tipo sugestivo-directivo. En esta terapia se atienden los síntomas y otras conductas manifiestas. No se interpreta la transferencia. 2) Psicoterapia de esclarecimiento. Aquí en esta terapia se incluyen los objetivos de la psicoterapia de apoyo (recuperación del equilibrio homeostático expresada en el alivio sintomático), además de desarrollar en el paciente una actitud de auto-observación y un modo de comprender sus dificultades diferente del aportado por el sentido común, aproximándose al nivel de sus motivaciones y conflictos. En esta terapia, se opera en el plano de las conductas manifiestas y de las motivaciones latentes. Aquí también la relación es frente a frente, y también existe con frecuencia una limitación temporal desde el comienzo. Como estrategia fundamental se establece una relación de indagación para esclarecer las conexiones significativas entre la historia personal, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas, dirigiéndose a proporcionar una imagen global de estas interrelaciones, pero centrada en focos de descompensación para clarificar la situación de crisis, dirigida además a estimular el aprendizaje en la autocomprensión. En la relación terapéutica se asume en gran medida el tipo del de una terapia de apoyo, pero aquí "puede funcionar con una menor disociación entre objetos buenos y perseguidores al introducir por ejemplo, como parte de las conductas a esclarecer la consideración de aspectos idealizados y hostiles de la transferencia" (Fiorini, pág. 54). El terapeuta debe actuar aceptando su rol real de docente experto en lugar de actuar como

silenciosa pantalla para la proyección de roles virtuales. La relación frente a frente refuerza esta discriminación de la persona real del terapeuta y de su rol específico. La conducta del terapeuta debe ser discretamente cálida, espontánea y activa para proveer explicaciones "pedagógicas" acerca del método de tratamiento, características del funcionamiento mental, expectativas sobre la evolución del paciente, etc. La relación paciente-terapeuta es básicamente complementaria incluyendo aspectos simétricos. Dado que ambos roles deben ser activos sólo son útiles los silencios breves, a los cuales el terapeuta debe manejarlos con interpretaciones, preguntas o sugerencias. Se acepta la transferencia idealizadora mientras no distorsione la tarea propia de la relación paciente-terapeuta, evitando que el paciente caiga en una relación propia de la terapia de apoyo (pasiva). Se interpreta la transferencia negativa ú hostil en términos de la actualización de conflictos pasados o como desplazamiento de otros vínculos actuales, atenuándose para mantener un clima de aprendizaje, lo que requiere un bajo ó moderado nivel de ansiedad. Esto sirve para diluir obstáculos para permitir el mantener una relación de carácter "docente", y una función esclarecedora para la comprensión de una perspectiva cuyo foco no es la relación transferencial misma, sino las relaciones interpersonales del paciente en su vida cotidiana pasada y actual, así como los procesos interpersonales involucrados en las mismas. Se busca limitar la regresión transferencial y fortalecer funciones yoicas adaptativas. 3) Psicoterapia Transferencial: en este tipo de terapia, se facilita el desarrollo de la regresión transferencial y se le analiza sistemáticamente, y se ataca la habitual disociación del paciente en objetos buenos y perseguidores, favoreciendo la proyección de ambos en el analista. Existe una ambigüedad temporal y espacial producida por la situación terapéutica específica (largo plazo indefinido al comienzo, empleo del diván, manejo particular de los silencios). Se busca una reestructuración lo más amplia posible de la personalidad. El terapeuta tiende a moverse con cierto margen de indefinición personal, lo cual ataca el control que el paciente tiende a ejercer sobre sus objetos perseguidores disociados. Por lo que se refiere al universo de discurso, este es dual, complejo, ya que "todo acontecimiento es siempre otra cosa". Se utiliza la interpretación transferencial como instrumento terapéutico, interpretándose tanto lo que ocurrió en el pasado y lo que ocurre en el presente. Son necesarios y sugeridos, por lo tanto, la regresión, el aflojamiento defensivo. Se busca en este tipo de terapia una relación terapéutica complementaria que sea capaz de movilizar una intensa ambivalencia en el paciente.

Como se puede observar, esta clasificación de Fiorini es similar en algunos aspectos a la de Wolberg, pudiéndose observar que las tres categorías de Fiorini (Psicoterapias de apoyo, de esclarecimiento y transferencial) coinciden de forma general respectivamente con las de Wolberg (Psicoterapias de apoyo, reeducativas y reestructurativas).

3.5 COMENTARIOS.

Como se puede observar, las definiciones de Kendall y Norton-Ford (1988), y la de Korchin (1976) sobre lo que es la intervención clínica tienen en común el afirmar que en la intervención clínica es el tratamiento de problemas de naturaleza emocional por medios psicológicos, y Kendall y Norton-Ford incluyen dentro de la intervención clínica (además de la terapia) a la consulta ó asesoría de grupos sociales.

cosa que Kendall no incluye, pero también coinciden en que se realiza trabajo preventivo. Por su parte, Wolberg clasifica como "psicoterapia" a todas las intervenciones donde se aplican medios psicológicos para resolver todo tipo de problemas de tipo emocional. Dado que Kendall y Norton-Ford, Korchin y Wolberg coinciden en que se aplican principios psicológicos para resolver problemáticas de tipo emocional de las personas y coinciden los tres en que la psicoterapia es una de las formas de intervención clínica, se toma la clasificación de Wolberg de las técnicas terapéuticas, sin dejar de lado los otros tipos de intervención clínica tales como la consulta ó asesoría (sugerida por Kendall y Norton-Ford), la prevención (sugerida por Kendall y Norton-Ford al igual que por Korchin) y los modelos de intervención sugeridos por Korchin. Sin embargo, debe hacerse notar que la clasificación de Wolberg está más enfocada al trabajo propiamente terapéutico, lo que correspondería en los modelos de intervención clínica de Korchin al Modelo Clínico en su Polo llamado Terapéutico, y al Modelo Comunitario en su Polo llamado Clínico, y en ambos se utilizan las técnicas ó procedimientos terapéuticos clasificados por Wolberg, aunque el énfasis es más individual en el Modelo Clínico en su Polo Terapéutico, y más en el individuo pero en relación con su ambiente social en el Modelo Comunitario en su Polo Clínico. Se puede observar que los tres enfoques descritos (el de Kendall y Norton-Ford, el de Korchin y el de Wolberg) son similares, y sus diferencias son complementarias uno del otro. Por otra parte, se puede argumentar que el cuestionario de la investigación está más enfocado a la intervención psicoterapéutica, dado que Wolberg enfoca más su clasificación a este aspecto de la intervención clínica y fue su clasificación la que se utilizó para construir la mayoría de los reactivos técnicos del cuestionario, pero no deja de lado los otros tipos de intervención, ya que contiene reactivos que exploran otras actividades del psicólogo clínico, tales como la investigación, el psicodiagnóstico, y un apartado donde los psicólogos podían nombrar otras actividades. En este apartado, los psicólogos nombraban como otro tipo de actividades a la prevención ó al trabajo comunitario, dando a entender indirectamente que no los consideraban como intervención clínica, y dando a interpretar al investigador que consideraban a la psicoterapia como la única forma de intervención clínica, ó que desconocían que la prevención, ó el trabajo comunitario estuvieran incluidas dentro de la intervención clínica. Además, sólo unos pocos de los encuestados (uno proveniente del Centro Comunitario de la Secretaría de Salud en San Cosme, y algunos provenientes de los Centros de Integración Juvenil) indicaron en el apartado "otros" que realizaban trabajo comunitario ó de prevención, además del de intervención clínica, dando a entender que estas actividades no las consideraban ó desconocían que formaran parte de la intervención clínica, por lo que se puede pensar que existe confusión en las funciones del psicólogo clínico que son incluidas en el concepto intervención clínica. Una de las limitaciones del cuestionario construido puede ser que se enfoca más a la intervención psicoterapéutica, debido a que se utilizó principalmente la clasificación y los conceptos de Wolberg de Psicoterapias, por lo que probablemente quedaron menos investigadas por el cuestionario actividades tales (como ya se indicó) como la consulta ó asesoría y el trabajo de prevención comunitaria. La razón principal de utilizar la clasificación de psicoterapias de Wolberg es porque es la única que indica sistemáticamente qué enfoques ó corrientes y técnicas entran en su clasificación y qué diferencias y similitudes existen entre estas, lo que

facilitó el trabajo de clasificación de qué técnicas terapéuticas utilizan los psicólogos de la presente investigación. Las clasificaciones de Psicoterapias de Fiorini y Millon son similares en algunos puntos a la de Wolberg, pero menos descriptivas de qué tipos de tratamientos pertenecen a cada tipo de psicoterapia. Además, la mayoría de los psicólogos como ya se mencionó, realizan predominantemente la psicoterapia entre sus actividades de intervención, y muy pocos indicaron que realizaran orientación, prevención ó asesoría ó consulta. Por otra parte, se puede observar que tanto Wolberg, Kendall y Norton-Ford y Korchin consideran necesario que el terapeuta encargado de un trabajo de intervención tenga características psicológicas "sanas" ó de equilibrio emocional, aunque difieren un poco en la recomendación de que se someta a los terapeutas a un tratamiento personal, pero también coinciden en que se deben preparar o entrenar aquellos psicólogos que deseen trabajar en el área de intervención clínica, y que es necesario un trabajo supervisado.

Por último, al relacionar los tres tipos de terapias clasificadas por Wolberg con las tres principales aproximaciones de intervención (cap. II de la presente tesis), se puede ver que la aproximación de intervención psicoanalítica y sus tres principales variantes teóricas son la base de los tratamientos reconstructivos (Freud en psicoanálisis clásico, y Hartmann, Klein y Lacan en No-freudianos ó Neo-freudianos y terapias psicoanalíticamente orientadas), y de algunas terapias de apoyo y breve y de emergencia (eclecticas, como la de Bellak y Small). Las aproximaciones de intervención de los enfoques conductual (con sus variantes, incluida la terapia cognitivo-conductual de Ellis) y Humanista (ó fenomenológico) (en este último con sus representantes más importantes: Rogers y la terapia centrada en el cliente, la Terapia existencialista, y Perls y la terapia Gestalt) son la base de algunos de los tratamientos reeducativos, así como de algunos de apoyo (eclecticas, como la de Bellak y Small).

CAPÍTULO IV:

ANTECEDENTES.

En este capítulo se expone brevemente información proveniente de investigaciones realizadas sobre la opinión que tienen los Psicólogos clínicos sobre su preparación en la Licenciatura, así como las actividades que desempeñan en su trabajo profesional y cuáles técnicas de intervención utilizan en su trabajo profesional. También se expone información proveniente de tesis realizadas con respecto a las actitudes que tienen diversos sectores de la población ante la labor del psicólogo en general y específicamente del psicólogo clínico; esto se hace como contrastación con lo que los mismos psicólogos opinan y realizan en su trabajo profesional, y también sirve de complemento para poder sacar algunas conclusiones preliminares. Se puede observar que no existen muchas investigaciones al respecto en México, por lo que sólo se expondrá información de tesis realizadas sobre estos temas y artículos sobre investigaciones sobre lo mismo.

4.1 TESIS Y ARTÍCULOS REVISADOS SOBRE LOS ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

En la tesis de Licenciatura de Rodríguez L. y Vázquez G. (1992) se hace una revisión de las tesis elaboradas sobre psicoterapia y psicoanálisis en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. entre 1967 y 1988, y se clasifican la orientación de las psicoterapias a las que se refieren las tesis revisadas sin referencia a Wolberg (la cual es la clasificación utilizada en la presente tesis), clasificándose la orientación de las psicoterapias según las corrientes investigadas, aún sin que se hubieran aplicado las psicoterapias, y en niveles (individual, grupal, familiar, no específicas, ó no se dio la terapia), por edad, sexo, etapas de desarrollo, si se usaron instrumentos (pruebas), pruebas estadísticas, etc. Se encontró que los tipos de estudios utilizados en estas tesis fueron: bibliográficas (32.6%), estudio descriptivo (28.%), los de caso (18.3%), y los estudios comparativos y correlacionales (ambos con 10.2%). Ninguna investigó la relación entre la formación del psicólogo clínico en la Licenciatura y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional ni la opinión sobre dicha formación (temas de la presente tesis). Sólo hubo una categoría ("técnicas terapéuticas") pero sin relación con la presente tesis. Se observó que las orientaciones de las tesis se encontraron en: de juego psicoanalítica (2%), conductual (18.4%), psicoanalíticamente orientadas (6.2%), breve de esclarecimiento de objetivos y tiempo limitado (4.1%), breve psicoanalíticamente orientada (8.1%), de apoyo (4.1%), mixta (16.3%), familiar (6.1%), musicoterapia (2%), psicoanalítica (10.2%), de grupo (6.2%), terapia ambiental (2%), centrada en el cliente (2%), no específica (12.3%). También hubo una categoría de "psicoanálisis" (diferenciando de psicoterapias), clasificándose en teorías citadas: psicoanálisis (al que pertenecieron el 69.3% de las tesis) y Mixta (30.7%). En el Análisis de Resultados de esta tesis se afirma que "...los alumnos recién egresados, carecen de los medios para aplicar una terapia, salvo en contadas ocasiones..." (Rodríguez L. y Vázquez G., 1992, pág. 58). Por último, en esta tesis se describen (haciendo una revisión breve de sus conceptos y técnicas) los tipos de terapia más comunes que se presentaron en la revisión de las tesis: psicoterapia en niños y psicoterapia de juego (A. Freud, M. Klein),

terapia conductual (Wolpe, Jones, Skinner, etc.), psicoterapia breve, terapia familiar (modelo sistémico y modelo estructural), psicoterapia de grupo (psicoanalíticamente orientada, Grinberg, Langer, etc.), Terapia centrada en el cliente (Rogers). Lo mismo se hace con las tesis publicadas en psicoanálisis (primeros estudios, definición de conceptos, tratamiento) (Rodríguez L. y Vázquez G., 1992).

Martínez F. (1990) hizo en su tesis de Licenciatura un análisis comparativo de los estudios hechos sobre el perfil del psicólogo y su mercado de trabajo, y encontró que en dos estudios del área clínica se evaluó la formación académica como útil, pero los porcentajes obtenidos son muy diferentes, ya que en uno de ellos esta opinión es compartida por el 89% de la muestra mientras que en el otro únicamente el 40% de los entrevistados lo consideraron así. En cuanto a la valoración de la formación académica, existieron 8 estudios (seis globales, un industrial y un clínico), con un número total de psicólogos encuestados de 1198, y se observó que la forma en que los psicólogos valoraron la formación académica fue: 1) Regular (con porcentajes del 32 al 75.61%); 2) Buena (con porcentajes del 23 al 49%); 3) Muy buena (3.2 al 21%); y 4) Mala (de 0.4 a 32%). (Martínez F., 1990).

En la tesis de Licenciatura de Díaz N. (1986) se buscó, entre otros objetivos, el explorar las opiniones de los psicólogos clínicos con respecto a su preparación y las actividades que realizan en su desempeño profesional. Esta investigación fue realizada por medio de un cuestionario de 45 preguntas abiertas y cerradas (similar en su contenido al de la presente investigación), encuestando a una muestra final de 41 egresados del área de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y que contaran con todos los créditos de la Licenciatura. Fue un muestreo intencionado, por lo tanto, no aleatorio. Se trató de un estudio exploratorio, y el tratamiento estadístico de los datos fue en frecuencias y porcentajes y en pocos reactivos se sacaron medias y desviaciones estándar, y no se hicieron cruces de variables. Entre los resultados estadísticos de dicha tesis que son de interés para la presente investigación están los siguientes: De los egresados que continuaban estudiando, el 35% estudiaba cuestiones relacionadas con la psicología clínica y el 7% estudiaba posgrado en clínica, con una frecuencia acumulada del 42%, de la que se dedujo que esto era indicativo de cierta insatisfacción en los conocimientos obtenidos en la Licenciatura, y dentro de las causas para seguir estudiando, un 35% indicó que lo hacían por sentirse insatisfechos con los conocimientos adquiridos en la Licenciatura. De 36 personas que contestaron el reactivo de en qué trabajaban, el 41.7% laboraba en el área clínica, y dentro de las actividades desempeñadas en su trabajo principal, se encontró que el 30.6% realizaban psicodiagnóstico y 11% terapia. Se encontró que los ingresos más bajos en el trabajo principal fueron en el de psicólogo clínico, por lo que tenían que buscar fuentes adicionales de ingresos (más de un trabajo). Dentro de las dificultades que encontraron para obtener trabajo se observó que el 32.3% de la muestra consideraron que la falta de conocimientos era uno de los principales obstáculos para obtener trabajo como psicólogos clínicos. El 83% opinó que las actividades que debe desempeñar el clínico son el psicodiagnóstico y la psicoterapia, y 9% opinó que además se debe incluir la orientación. Las actividades que desarrollaban con más frecuencia fueron: psicoterapia (47%), psicodiagnóstico (26%) y ambas cosas (10%), de lo que se observó que de los que se dedicaban a la clínica

aproximadamente el 84% se dedicaban al psicodiagnóstico y la psicoterapia. El 90% consideraron sus funciones como adecuadas y el 10% como inadecuadas o incompletas. El 78% deseaba dedicarse a la psicoterapia además de las funciones que desempeñaba en aquel entonces. Entre lo que más le satisfacía de su trabajo como clínicos el 66% dijo que era el realizar la psicoterapia. El 90% de la muestra opinaron sentirse deficientemente preparados al egresar y el 9.7% estaba satisfecho con su preparación. Entre las razones para considerar deficiente a su preparación, se observó que el 33% consideraba que era por la falta de prácticas ó que habían sido insuficientes, el 24% lo atribuían a la deficiente preparación teórica y el 24% a ambas cosas, el 41% debido a la pobre preparación de los profesores, y un 17% a deficiencias en el plan de estudios. El 28% de la muestra consideró que en la preparación del psicólogo clínico debía de enfatizarse la psicoterapia y el psicodiagnóstico, 20% sólo le dio importancia a la psicoterapia y el 20% opinó que debería de darse más importancia a las prácticas con pacientes, a las entrevistas, etc. , y el 28% que deberían enfatizarse tanto aspectos teóricos como las prácticas. Dentro de las actividades que ofrecen al clínico más perspectivas de trabajo, el 59% opinó que es la consulta privada (psicoterapia), el 18% el trabajo comunitario y el 9% la investigación. Dentro de las conclusiones de la Tesis de Díaz N. (1986) que son de interés para la presente investigación (aun cuando la muestra no fue considerada como representativa de la población), están: Que sí se puede afirmar que los psicólogos clínicos egresados no se encuentran satisfechos con la instrucción recibida en el medio educativo, ya que un 90.2% de la muestra opinaron esto, lo que se ve reflejado en la necesidad que expresaron que sienten de seguirse preparando, ya que el 39% lo seguía haciendo, aunque quedaba la duda en esa investigación sobre si la mayoría de los psicólogos clínicos no se sentían capacitados al egresar para dar psicoterapia, porque a pesar de que de los que trabajaban como psicólogos clínicos la desempeñaban en su ejercicio profesional un 40% continuaba preparándose y había un 35% que continuaba estudiando por sentirse insatisfecho de sus conocimientos, y además la mayoría indicó que sugerían se diera énfasis en el plan de estudios a materias como psicoterapia y teoría de las Neurosis y Psicosis. Además, aunque una cantidad importante de clínicos contemplaban la psicoterapia dentro de sus actividades, no determinaban los alcances de ésta ni la teoría o técnica a que se adherían.

En su tesis de Licenciatura, Amigo C. , Elizalde S. y Panchuk A. (1987) buscaron conocer la situación del psicólogo clínico que labora en el sector salud, para así determinar su rol y status profesional, conocer los requerimientos que se le exigen en el trabajo que realiza e investigar si los programas de estudios cumplen con el propósito de preparar al futuro psicólogo para el ejercicio de su profesión. Por ser una tesis muy relacionada con la presente, se expondrán con mas detalle los hallazgos de la citada tesis de Amigo y colaboradoras (1987). Para conocer en qué medida el entrenamiento actual resulta adecuado a los requerimientos a que se enfrenta el psicólogo clínico, se exploraron las actividades que más frecuentemente desempeñan estos profesionistas, así como su apreciación acerca de la utilidad práctica que le representa la preparación recibida en el nivel de la Licenciatura. Se trató de una investigación de tipo exploratorio y descriptivo. Se pretendió aportar datos para el desarrollo del entrenamiento profesional del psicólogo clínico así como para contribuir a la definición de su campo de acción y junto con otras investigaciones, mejorar su

status académico y profesional. La investigación se realizó a través de la aplicación de un cuestionario por medio de entrevista (en la mayoría de los casos). El cuestionario fue elaborado a partir de un cuestionario realizado por Zimmerman en 1978, con preguntas abiertas, de opción múltiple, de escala Lickert y reactivos a jerarquizar. Se aplicó a 200 psicólogos de ambos sexos, pasantes ó titulados, que fueran únicamente del área clínica (lo curioso es que en su muestra final no queda muy claro si incluyeron o no a los psicólogos provenientes de Escuelas ó Universidades en las cuales no existe el área clínica), y que trabajaran en la Cd. de México realizando actividades relacionadas con la psicología clínica en 53 instituciones del sector salud público pertenecientes al I.M.S.S., S.S.A., I.S.S.T.E., D.I.F. y Centros Hospitalarios (Hospital Central Militar, Hospital PEMEX y Centro Médico Naval). Se trató de una muestra no aleatoria, originalmente de 280 psicólogos, de los cuales se eliminaron 21(?) psicólogos por no haber cursado el área clínica o las materias correspondientes a la misma, ya que esto los incapacitaba para responder aquella parte del cuestionario que se encargaba de evaluar los aspectos académicos de la especialidad, y se descartaron otros 59 por no poder ser entrevistados por diversas razones (vacaciones, etc.). El 70.5% de la muestra de 200 psicólogos provenía de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., el 13.5% provenía de la Universidad Iberoamericana, el 5.5% de la Universidad Anáhuac, el 4% de la U.A.M. Xochimilco, el 3% de la E.N.E.P. Zaragoza, el 1% de la Universidad Femenina de México, el 1% de la E.N.E.P. Iztacala, el 1% de la Universidad de las Américas y el .5% de la U.A.M. Iztapalapa. El 76% de la muestra de 200 psicólogos cursó el área clínica, 18.5% el área general, el 3.5% el área educativa, el 1.5% el área social, y el .5% el área industrial. La duración de la aplicación del cuestionario fue de 40 min. aunque algunas veces se dejó el cuestionario y se pasó a recogerlo posteriormente. Se codificaron las respuestas y se obtuvieron frecuencias para obtener la relación de las variables más relevantes de esa tesis. Entre los resultados se encontró lo siguiente: El 61% de la muestra eran titulados y el 39% no lo eran. La orientación teórica predominante en la Licenciatura era: Psicoanalítica (54%), Conductual (22.5%), Ecléctica (17.5%), Experimental (2%), Fisiología (1%), Rogeriana (.5%), Humanista (.5%), y no contestaron (2%). El porcentaje de sujetos que evaluaron la suficiencia del entrenamiento recibido en la Licenciatura en relación al ejercicio profesional posterior fueron: Suficiente (89%), Insuficiente (9%), y no contestaron (2%). En cuanto al porcentaje de sujetos que sintieron la necesidad de asistir a cursos adicionales para mejorar la preparación recibida y desempeñar más adecuadamente su trabajo, fueron: Sí (89%), No (9%) y no contestaron (2%). En cuanto a asistir a cursos adicionales (no a nivel posgrado) en el área de intervención, se observó que el 20.8% lo hizo a cursos de actualización teóricos (de 1 a 6 meses), el 6.1% asistió a cursos de entrenamiento (de 6 meses a 1 año), y 14.2% a cursos de entrenamiento (de 1 a 2 años) y 5.1% a supervisión privada. El 70% de la muestra de 200 psicólogos trabajaba (entre otras labores) realizando intervención, el 24% realizaba prevención, el 72% realizaba diagnóstico y el 16% realizaba investigación. En su segundo trabajo, el 24.6% realizaba (entre otras labores) intervención, el 21.7% realizaba diagnóstico, el 7.2% realizaba investigación y el 2.9% realizaba prevención. El 53% de la muestra (105 casos) laboraba además de forma independiente, y en este trabajo realizaban: el 50% intervención, el 28.43% diagnóstico e intervención y el 10.78%

diagnóstico. En cuanto al porcentaje de sujetos que deseaban que se modificaran diferentes aspectos del plan de estudios de la Licenciatura, el 3% deseó que fuera (entre otras materias) en materias del área de intervención, el 6.5% en materias de diagnóstico y el 6% en materias de investigación; en el enfoque teórico, el .5% deseó que fuera más conductual, el 2.5% que fuera menos conductual, el 1% que fuera más psicoanalítico, el .5% que fuera menos psicoanalítico, el 8% que fuera más ecléctico, y el 1.5% deseó que hubiera más unificación teórica; en las prácticas, el 8% deseó que hubiera más integración teórica-práctica, el 15% deseó que hubiera más calidad y cantidad, y el 1.5% que hubiera más facilidades y equipo; en cuanto a aspectos del programa de estudios, el 2% deseó que hubiera secuencia en las materias, el 1% deseó que tuviera orientación para el trabajo, y el 4.5% deseó que tuviera más calidad. En cuanto a la capacitación recibida en el área de entrevista, se encontró que la mayoría de los encuestados recibieron el mismo grado de capacitación que la que la que hubieran deseado recibir. La mayoría de los encuestados reportó haber recibido menor capacitación en el área de la psicoterapia de la que hubieran deseado recibir. También mencionaron haber recibido una insuficiente capacitación en estudios psicológicos y no consideraron que en dicha área se requiriera poner más énfasis en su enseñanza. En cuanto a la práctica de la psicoterapia y la capacitación recibida para realizarla: "Se analizó en los sujetos que practican la psicoterapia en su empleo, el grado de capacitación que dicen haber recibido durante sus estudios de Licenciatura para ejercer dicha actividad. Esta apreciación en psicoterapia se jerarquizó con una escala del 1 al 5. Con esta se obtuvo una estimación de la calidad de capacitación recibida por medio de una proporción entre la capacitación obtenida por los sujetos y la que hubieran obtenido si todos hubieran considerado haber recibido el máximo de capacitación" (Amigo C. , Elizalde S. y Panchuk A., 1987, pág. 67). El total de sujetos que practicaban la psicoterapia en su empleo fue 140, no contestaron 5 sujetos, y en total fueron 135 sujetos. La capacitación máxima ideal (100%) fue 675. La capacitación recibida fue de 333, lo que dio una calidad estimada en psicoterapia del 49.3%, contestando el 43% el no. 1, el 60% el no. 2, el 90% el no. 3, el 80% el no. 4, y el 60% el no. 5. En el porcentaje de sujetos (de 200) que recibieron información sobre diferentes técnicas de psicoterapia durante la Licenciatura, el 34.28% recibió de psicoterapia psicoanalítica, el 20.59% Modificación de conducta, 18.07% psicoterapia Humanista, 10.52% orientación y terapias breves, 5.94% Familiar y de grupo, 1.14% terapias pedagógicas, 3.89% otras, 3.89% ninguna, y no contestó el 1.14%. La técnica de psicoterapia sobre la que más recibieron información fue la psicoanalítica. Las actividades más frecuentemente desempeñadas por el psicólogo clínico de esta muestra fueron el diagnóstico (43%) y la intervención (36.2%). Se encontró que en general estaban mejor capacitados para hacer estudios psicológicos que la práctica de la psicoterapia, y mejor entrenados para el trabajo con adultos que con niños. Según estas autoras, "...los psicólogos con estudios de Licenciatura y que laboran en el sector salud están impartiendo diferentes formas de psicoterapia que varían desde terapias breves y de apoyo hasta las terapias más profundas como la psicoanalítica. Este dato resulta contradictorio si se toma en cuenta la poca preparación que reportan haber recibido dentro de este campo. Además si se toma en cuenta que la intervención es una de las actividades que con mayor frecuencia realizan los psicólogos y que a su vez no se

consideran capacitados para ello, incurren en violar una de las normas éticas del psicólogo que postula que dicho profesional no debe practicar psicoterapia si no tiene la preparación para ello. Estos datos deberían de ser tomados en cuenta seriamente por parte de las universidades ya que el sector laboral (salud) parece estar requiriendo estos servicios. Estamos de acuerdo con Harrsch en que la psicoterapia debiera ser efectuada por psicólogos que poseen posgrado, sin embargo no podemos ignorar la realidad, y proponemos un entrenamiento en terapias breves, de apoyo y de orientación en la Licenciatura, o bien que las instituciones creen un sistema de salarios acorde con la preparación y experiencia de quienes desean contratar, de manera que se favorezca el desarrollo profesional del psicólogo clínico y al mismo tiempo, pueda este recibir una remuneración decorosa." "A partir de lo anterior, se localizan 2 fallas importantes en el entrenamiento de los psicólogos clínicos durante la Licenciatura, fallas que deberían ser modificadas principalmente después de conocer los requerimientos y las actividades principales de los psicólogos clínicos en el sector salud". "En cuanto al plan de estudios de Licenciatura, se pudo constatar que existe una diferencia importante entre el grado de capacitación recibida en algunas áreas y el grado de preparación que les hubiera gustado recibir". "Con respecto a la psicoterapia, se observó claramente el deseo por parte de los psicólogos de recibir una mayor capacitación en esta área, que la que obtuvieron. Consideran que la calidad de su preparación para ejercer psicoterapia no es adecuada y por otro lado, existe una demanda creciente de este tipo de actividades por parte de las instituciones de salud". "Retomando la psicoterapia y el psicodiagnóstico como las actividades más frecuentemente desempeñadas por los psicólogos del sector salud, se advierte que recibieron una mayor información con respecto a la psicoterapia psicoanalítica, seguida por modificación de conducta y psicoterapia de orientación humanista. Sin embargo, sólo el 10.5% reporta haber recibido información en terapias breves y de orientación. Todo ello nos conduce a concluir que los psicólogos del sector salud llevan a cabo psicoterapias de las cuales sólo han recibido información y no un verdadero entrenamiento como muchos de ellos señalaron y que el tipo de psicoterapia que podría ajustarse más a los requerimientos institucionales, es decir las terapias breves, no es el tipo de psicoterapias de la cual recibieron mayor información. Todo lo anterior, indica la escasa comunicación que existe entre los requerimientos laborales de una institución y los planes de estudio de las universidades. Dentro de esto mismo se agrega que la mayoría de los psicólogos han recibido información acerca de una gran diversidad de pruebas psicológicas, pero al igual que en las técnicas de psicoterapia a un nivel meramente informativo". "En este momento cabe reflexionar si no sería de mayor utilidad el que los psicólogos fueran entrenados más profundamente en sólo algunas pruebas de diagnóstico y técnicas de intervención en vez de recibir sólo información de una amplia gama de estas". "A partir de estos datos y en acuerdo con ellos, los psicólogos opinan que los factores que deberían de ser enfatizados en el programa de entrenamiento clínico son en primer lugar, los relacionados con la calidad y cantidad de las prácticas, así como una mayor integración entre la teoría y la práctica. En segundo lugar, consideran que se requiere prestar una mayor atención al aspecto de supervisión tanto en lo relacionado con aspectos de intervención, entrevista y casos clínicos"(Amigo C., Elizalde S. y Panchuk A., 1987, págs. 110-118). "...se percibe en primer lugar que los

profesionistas encuestados enfatizan, como falla del programa de entrenamiento, la escasa capacitación recibida en el área de la psicoterapia, lo que es sumamente lamentable por ocupar esta un lugar tan primordial dentro de sus actividades" (Amigo C. , Elizalde S. y Panchuk A., 1987, pág. 119). Continuando con las conclusiones de esta tesis, las autoras afirman que por la razón de la necesidad de dar psicoterapia a la población que la demanda, y dado que en el sector salud la terapia la dan psicólogos jóvenes recién egresados, se requiere entrenamiento mejor y más extenso en psicoterapias dentro del curriculum académico de la Licenciatura, enfocado principalmente a terapias breves, de apoyo, de emergencia, las más convenientes en instituciones públicas del sector salud. Deben delimitarse las funciones de los psicólogos clínicos con posgrado y Licenciatura en las instituciones. Por último, las autoras de esta tesis dicen que las recomendaciones derivadas de los hallazgos de su investigación sólo se presentaron de una manera amplia y general, y por limitaciones en las proyecciones de su investigación, proponen para futuras investigaciones el estudio detallado y crítico de cada una de ellas (Amigo C. , Elizalde S. y Panchuk A., 1987).

En una investigación realizada entre abril y septiembre de 1984, Serra (1989) investigó, entre otras cosas, las técnicas de intervención utilizadas por una muestra de 644 psicólogos de ambos sexos que realizaban labores del área clínica (aunque no todos hubieran cursado el área clínica) en 12 estados del país y que trabajaran de forma institucional y/o particular. Se encontró que las actividades que más realizaban eran el psicodiagnóstico y la psicoterapia (80% entre estas dos actividades). De las 20 aproximaciones que manejaban en psicoterapia, las que más utilizaban eran (no menciona frecuencias ni porcentajes ni corrientes teóricas) : terapia de apoyo, terapia psicoanalíticamente orientada, terapia de grupo, terapia de juego y terapia familiar, y en otro tipo de terapia existían tantas aproximaciones como sujetos que las mencionaran. Del 2.8% de la muestra, tres hombres por cada mujer utilizaban la hipnosis. Aproximadamente más de dos hombres por cada mujer utilizaban la terapia implosiva. Casi dos hombres por cada mujer que utilizaban la terapia ecléctica. De los 255 (?) psicólogos encuestados, el 39.6% de la muestra utilizaba la terapia psicoanalíticamente orientada, y era utilizada por mayor cantidad de hombres que de mujeres. El 13.5% utilizaba terapia centrada en el cliente. El 3.4% utilizaba terapia bioenergética. La terapia matrimonial era empleada con mayor frecuencia por los psicólogos con nivel de maestría. Al cruzar las variables Grado Académico con Apreciación de sus conocimientos y habilidades en relación al desempeño profesional, se encontró que a mayor escolaridad era mayor la apreciación de los conocimientos y habilidades, siendo notoria la cantidad de psicólogos que los consideraban suficientes (75.2% de los pasantes, 78.4% de los Licenciados, 61.5% de los Maestros, y 60% de los Doctores). De los 49 psicólogos que consideraban que contaban con escasos conocimientos y habilidades eran egresados de las escuelas o facultades en las que se carece de un programa de estudios que estableciera las bases para el ejercicio de la psicología clínica. Los psicólogos de la muestra (en principalmente los maestros y licenciados) consideraron que quien se dedique a la actividad clínica debe reunir tres requisitos: tener una sólida formación académica, estar o haber estado en psicoterapia y tener supervisión. En la práctica de la psicoterapia, más maestros (43.2%) y doctores (40%) se dedicaban a esta actividad en comparación con los licenciados (33.6%) o pasantes (22.8%). La mayoría de

los psicólogos recibe asesoría dentro de su trabajo, en proporción de dos pasantes por un maestro, y a nivel particular existían dos doctores por pasante, sin que existieran diferencias entre licenciados y maestros en cuanto al tipo de asesoría, lo que indica la necesidad del psicólogo de trabajar en grupo a fin de tener otro punto de vista sobre la actividad que realiza. Serra (1989) concluye que los resultados de su investigación no se pueden generalizar ya que no se tiene datos exactos acerca del número de psicólogos clínicos que laboran en nuestro país, pero con esos resultados se cuenta con indicadores significativos pues se encuestó al 90% de los psicólogos que trabajaban en aquel entonces en el Distrito Federal, Jalisco y Baja California Norte. Entre los resultados más importantes de esta investigación se tienen, por ejemplo, en el campo de la psicoterapia, el cual es el campo de la intervención que generalmente ha sido ejercido por el psicólogo clínico, pero es necesario brindar más atención a la preparación para el ejercicio de esta actividad, debido a que se requiere que quien la ejerza tenga una preparación sólida en lo académico, que haya estado ó esté en psicoterapia y que reciba supervisión. En cuanto a lo académico, Serra observa la necesidad de la organización de reuniones a nivel nacional en las cuales se establezcan los criterios específicos sobre la formación del psicólogo clínico y se organice la relación y seriación que deben tener las materias a impartir, y se establezcan los lugares en donde se realicen las prácticas que permitirán aplicar los conocimientos teóricos que adquieren los estudiantes en su formación (Serra, 1989).

En su tesis de Licenciatura, Ruiz V. (1984) investigó a qué se dedica el psicólogo clínico en el sector donde labora, tanto en el sector privado como público. Como Hipótesis tuvo el que el psicólogo clínico que trabaja aquí en México realiza psicodiagnóstico y psicoterapia, y que el profesionista que labora con mayor frecuencia en esta área además del psicólogo es el psiquiatra. Aplicó un cuestionario de 39 preguntas cerradas, de hecho, abiertas y de estimación, a 100 psicólogos egresados del área clínica (100 profesores que impartían clases en la Facultad de Psicología), tomando su muestra al azar, por cuota. El cuestionario fue piloteado con 30 psicólogos en los sectores donde trabajaban. El cuestionario fue aplicado mediante entrevista. Entre los resultados se encontró que: el 77% eran egresados de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y el 23% de otras universidades (U.I.A., U.A.M., etc.); el 34% realizaba psicodiagnóstico; el 19% realizaba psicoterapia; el 6% realizaba entrevistas; el 4% orientación; 2 realizaban análisis; 1 trabajaba con niños autistas; 1 realizaba tratamiento conductual; 1 realizaba dinámica de grupos, y 1 asesoría. Por lo tanto, se comprobó su hipótesis en cuanto a que el mayor porcentaje (53%) de los psicólogos clínicos desempeñaban actividades tales como psicodiagnóstico y psicoterapia. Según los resultados obtenidos en esta tesis, en cuanto a los conocimientos y habilidades que utilizan y en qué medida los utilizan los psicólogos clínicos, el psicólogo clínico es contratado básicamente para realizar actividades correspondientes a teoría y técnica de la entrevista (66%), así como a psicometría (56%) y psicoterapia individual o de grupo (51%), siendo estas importantes en el área clínica. Entre otras actividades realizadas son en relación a Modificación de conducta (12%), Rehabilitación psicofisiológica (3%), Biorretroalimentación (1%), atención a grupos comunitarios (1%) y técnicas de estimulación para el desarrollo infantil (1%). Sobre dónde adquirió los conocimientos y habilidades que utiliza en su trabajo, se encontró que 40 dijeron que fue en la Licenciatura,

15 en trabajos anteriores, 10 en cursos o seminarios extrafacultad, 9 en el trabajo actual, 7 en posgrado, 6 de forma autodidacta, y 1 en otros. Entre los instrumentos psicológicos más utilizados en grado de frecuencia, estuvieron: entrevistas (53), pruebas psicológicas (28), psicoanálisis (2), experiencia (2), dinámica de grupos (1). En cuanto a la medida en que sus estudios contribuyen en su trabajo, se encontró que los estudios de Licenciatura han contribuido totalmente para poder desempeñarse como buenos profesionales dentro de la psicología, ya que 39 dijeron que totalmente, 35 que bastante, 16 que regular, 5 que poco, 1 que ninguna, y 4 no contestaron. En cuanto a si han tenido necesidad de cursar otros estudios para su trabajo, 46 dijeron que sí, 47 que no, y 7 no contestaron. Entre los estudios de cursos y seminarios, 10 estudiaron sobre psicoterapia, 4 teoría psicoanalítica, 1 dinámica de grupos, 4 psicodiagnóstico y 4 técnicas proyectivas. En cuanto a qué temática sugerían para la formación del psicólogo, entre estas respuestas se encontró que 8 sugirieron conjuntar la teoría con la práctica, 7 sugirieron la psicoterapia, 2 sugirieron formación sólida y seria, 2 teorías de la personalidad, 1 adaptar a las condiciones reales de trabajo, 3 Metodología, 3 Fundamentos de Dinámica familiar, 2 hacer más énfasis en diagnóstico, entrevista y dinámica de grupos, 1 en ética profesional y comercialización del trabajo del psicólogo, 1 exigir internado a los pasantes de psicología, 1 entrenamiento en terapia breve, 1 entrenamiento en uso de fármacos en pacientes, 1 formación más humanista, 1 técnicas y métodos de observación, y 1 psicopatología. Entre las conclusiones, se observa que el 69% de la muestra tenía experiencia docente a nivel Licenciatura, y utilizan entrevistas el 53% y pruebas psicológicas el 28%, y que el psicólogo clínico que trabaja en el área metropolitana, participa en psicodiagnóstico y psicoterapia, lo que confirma la hipótesis, ya que el 53% trabaja en psicoterapia y psicodiagnóstico y el 47% en entrevistas y otras actividades del área clínica. La mayoría trabaja en instituciones del gobierno y un 25% de estos cubriendo un turno de 40 horas a la semana. En esta tesis, no se especifica con claridad qué técnicas de intervención utilizaban. Entre las recomendaciones de esta tesis, se encuentran: Incluir en los planes de estudio el llevar conjuntamente teoría con práctica; hacer hincapié en cuanto al psicodiagnóstico y la psicoterapia, en cuanto a que se intensifiquen tanto teórica como prácticamente materias que impartan directamente estos conocimientos, etc. (Ruiz V., 1984).

En su tesis de Licenciatura, Martínez O. y Ramírez T. (1981) encuestaron a psicólogos de diversas partes del país, y encontraron que con respecto a terapias psicológicas, el 14.95% de su muestra utilizaba técnicas terapéuticas, y de estos psicólogos el 37.63% utilizaba técnicas conductuales, 8.6% técnicas Gestálticas, 12.9% técnicas psicoanalíticas, 17.2% técnicas eclécticas y 23.66% técnicas inespecíficas. No especificaron el área de subespecialización de estos psicólogos con respecto al uso de las terapias psicológicas. Entre su muestra general, el 1.3% realizaba asesoría y orientación (en la cual, la orientación clínica era realizada por el 28.57%, la orientación vocacional por el 57.14%, y la inespecífica por el 14.29%), el 33.95% realizaba entrevistas, y el 4.63% realizaba evaluación. En esta investigación también se buscó saber, entre otras cosas, dónde adquirieron sus conocimientos y habilidades profesionales (en general, no sólo de las técnicas terapéuticas), encontrándose lo siguiente: el 48.26% los obtuvieron durante el

entrenamiento en el trabajo, el 30.22% durante los estudios profesionales, el 11.74% en cursos de capacitación y actualización, el 6.96% en situaciones fuera de la educación formal y del trabajo, y el 2.17% por otros medios (entre los cuales estaban: 30% en los estudios de posgrado, 20% durante el servicio social, 20% trabajando en otras áreas ajenas a la psicología, 10% de forma autodidacta, 10% en investigaciones, y 10% en psicoterapia). En cuanto a su opinión personal sobre sus conocimientos y habilidades para desempeñar el trabajo profesional, el 75.61% los consideró como suficientes, el 13.59% los consideró excelentes, y el 10.80% como escasos. Los tipos de dificultades que encontraron en el ejercicio profesional fueron debidas a: dificultades administrativas (44.04%), dificultades en los conocimientos (31.67%), dificultades en las habilidades (17.73%) y dificultades en las relaciones humanas (6.56%). Aunque reconocen estas autoras que se pudieron encontrar respuestas dudosas sobre las técnicas terapéuticas empleadas por el psicólogo, se obtuvo información interesante. Para estas autoras: "La descripción de las actividades profesionales aporta información para el desarrollo del aspecto práctico o relacionado con la praxis del perfil profesional. La descripción de las técnicas utilizadas aporta información importante de considerar al elaborar el aspecto epistemológico, dado que indica cómo se aproxima el psicólogo a la solución de los problemas" (Martínez O. y Ramírez T., 1981, pág. 211). "Sería importante incluir en el aspecto epistemológico de un perfil profesional, además de los conocimientos básicos necesarios, esquemas de medios o técnicas en la solución de problemas, las cuales no tendrán que vincularse necesariamente con un enfoque teórico, pero que prueben su eficiencia en la práctica. La eficiencia en la práctica sólo se puede determinar evaluando directamente la técnica utilizada. Es necesario realizar más investigación sobre las herramientas tecnológicas del psicólogo y su utilidad en nuestro contexto social" (Martínez O. y Ramírez T., 1981, pág. 212). (Estas autoras definieron como actividad a lo que hacen los psicólogos y como técnica el cómo lo hacen).

En su tesis de Maestría en Pedagogía, Martínez R. (1992) buscaba, entre otras cosas, la relación entre el plan de estudios cursado por el psicólogo (en general, sin especificar área de subespecialización) y la satisfacción con el mismo, la relación entre el plan de estudios y lo que le falta y su vinculación con la problemática social, y la relación entre la satisfacción en el ejercicio de la profesión y qué la produce. Aplicó un cuestionario (entre 1986-1989) a una muestra de 222 egresados de la carrera de psicología, de diferentes universidades del D.F. y una de provincia (Universidad Veracruzana). El autor señala que fue una investigación encargada por la Unidad de Planeación de la Facultad de Psicología. Encontró que entre las funciones que desarrollaban con más frecuencia, estaban la asesoría (53% de los encuestados), planeación e investigación (44%), asesoría y orientación vocacional (16%). Entre las causas de adquisición de sus conocimientos y habilidades, el 78% lo debió a la experiencia adquirida en el trabajo, el 51% a cursos tomados en su carrera, el 51% de forma autodidacta, y 32% en cursos de capacitación (pudiéndose escoger varias opciones de respuesta). En cuanto a la relación entre la formación recibida y los requisitos del mercado de trabajo (pudiendo escoger varias opciones de respuesta) el 48% opinó que es regular, 32% que es baja, el 13% que es alto y el 7% no contestó. Los de la Facultad de Psicología dijeron que las causas de la

adquisición de sus conocimientos se debieron a las asignaturas de la carrera (23%), a cursos de capacitación (32%), a la experiencia profesional (47%) y a ser autodidactas (51%) (de nuevo varias opciones de respuesta). En cuanto al grado de adecuación entre la formación y el trabajo, el 48% opinó que fue regular, el 32% bajo, el 13% alto, y el 7% no contestó. En cuanto al grado de adecuación del plan de estudios cursado con el mercado de trabajo, 9% de los egresados de la Facultad de Psicología estuvo a favor, de la E.N.E.P. Iztacala el 3% estuvo a favor, lo mismo que el 2% de los de la E.N.E.P. Zaragoza, el 1% de los de la U.A.M., el 5% de los de la Universidad Veracruzana, 5% de los de universidades privadas, 2% de los de otras universidades, y el 1% no contestó. Entre las limitaciones más importantes de los planes cursados, entre otras cosas, estuvieron que el 65% opinó que le faltan prácticas, 20% que le falta teoría, el 61% que tiene escasa vinculación con la problemática social que vive el país. Sobre la opinión general sobre el plan de estudios cursado, el 98% opinó que debe cambiar, el 56% que debe actualizar su información, el 37% que debe cambiar su organización, y el 66% que debe vincularse con la realidad. El autor de esta tesis dice que los resultados de su investigación apuntan hacia la necesidad de transformar los planes de estudio de la carrera de psicología, ya que su desvinculación con la problemática social y la falta de prácticas que permitan poner en juego los conocimientos aprendidos es dramática, si específicamente se ve la necesidad de contar con centros de prácticas y de ampliar el contenido metodológico en la formación recomendada ampliamente por los egresados. Entre las limitaciones de su estudio está el ser un estudio de seguimiento.

Existen otras 2 tesis de Licenciatura (una es tesina y otra es tesis realizada por medio de encuestas) relacionadas con la formación profesional del psicólogo (en general, sin ser del psicólogo clínico ó de otras áreas específicamente), pero por estar enfocadas únicamente a los psicólogos de la E.N.E.P. Iztacala, sólo serán brevemente mencionadas: la tesina de Ortega C. (1990), y la tesis de Beltrán H. (1988). Como ya se indicó, sólo enfocan la problemática de la formación del psicólogo en esta Escuela, siendo muy específicas y no generales a las demás Universidades o Escuelas, pero en general afirman que la formación de psicólogos en esa Escuela tiene problemas, ya que se centran en la corriente conductista, encontrándose limitaciones en la formación teórica y práctica, lo que trae problemas al egresado al enfrentarse a la realidad laboral, ya que el plan de estudios tiene poca relación con la realidad social. También exponen lo positivo de ese plan de estudios, pero también sugieren modificaciones al mismo.

En su tesis de Licenciatura, Gutiérrez R. y Pozos B. (1983), aunque no hablan acerca de las técnicas de intervención utilizadas por el psicólogo clínico ni de la opinión de este profesionista ante su formación de la Licenciatura, sí investigaron las actitudes que tenían la comunidad de la colonia Ruiz Cortines ante la labor del psicólogo, y explican que: "El rol social que se le adjudica a los psicólogos es un rol difuso, puesto que el medio social que posee algún tipo de conocimiento del trabajo del psicólogo, espera que este profesional esté capacitado tanto para curar una enfermedad mental como para resolver problemas que se presentan cotidianamente; y siendo que el psicólogo no se encuentra preparado para satisfacer las expectativas y demandas de la gente, se hace necesario contar con una formación sólida y específica que de alguna manera cubra las necesidades de la comunidad" (Gutiérrez R. y Pozos B., 1983, pág. 104). Dentro de

los resultados que obtuvieron, observaron que la comunidad de esa colonia no posee un concepto claro y preciso de la labor realizada por el psicólogo, y es muy difusa la percepción que existe entre el común de la gente. Entre las personas a las que acudirían los miembros de la mayoría de esa comunidad solicitando ayuda, el psicólogo no apareció entre las primeras opciones, sino como segunda opción de intervención. Los amigos, el médico general, los psiquiatras y los sacerdotes son prioritarios antes que el psicólogo entre la preferencia de la gente, debido quizás a falta de información acerca de la labor del psicólogo y quizás en otros casos debido al temor a ser designados como "loco" ó "enfermo mental" con lo que usualmente llama la gente a las personas que acuden al psicólogo en busca de ayuda. Sin embargo, aún al desconocer el tipo de tratamiento y los beneficios que pudieran obtener del trabajo de los psicólogos, la gran mayoría contestó que sí confiarían en este profesional, lo que indica de alguna manera que en la comunidad existe gran demanda de atención y de ayuda en diversos aspectos. Un gran número de personas de esa investigación relacionaron el trabajo del psicólogo con el de la trabajadora social, encontrando semejanzas entre ambos. Un pequeño porcentaje de los sujetos de esa muestra relacionaron las actividades del psicólogo con las del psiquiatra y con las del sacerdote, apoyando con esto su hipótesis del desconocimiento existente entre la población del trabajo realizado por el psicólogo. Estas autoras consideran que el psicólogo no ha tenido la oportunidad para poder difundir a través de los diversos medios de información las áreas y actividades en las que puede participar y que debería de promoverse la función del psicólogo mediante una labor propagandística, pero para esto el psicólogo deberá estar preparado con elementos y con una formación sólida y seria para poder enfrentar las demandas que surjan de la comunidad, y a través de ello reivindicar la profesión y evitar la charlatanería y el abuso de que ha sido objeto (Gutiérrez R. y Pozos B., 1983).

Aunque tampoco tiene que ver directamente con lo que investiga la presente tesis, las conclusiones de la tesis realizada por Salinas R. y Torres G. (1988) dan indicios de las actitudes hacia la labor del psicólogo en intervención. En esta tesis se investigó en una muestra de 600 profesionistas del D.F. del área de Salud Mental (300 profesionistas en total de las carreras de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría y Educación Especial) y de otras áreas (300 profesionistas en total de las carreras de Ingeniería, Actuaría, Veterinaria, Biología, Economía, Contaduría, Historia, Artes, Relaciones Públicas y Turismo) su actitud hacia la labor del psicólogo clínico. En cuanto a saber con quién acuden en caso de tener problemas emocionales, los profesionistas de la Salud Mental prefirieron al amigo y en segunda opción al psicólogo, mientras que los de otras áreas se inclinaron por el amigo. Entre los profesionistas de la Salud Mental que habían trabajado con un psicólogo, hubo en gran parte indiferencia en cuanto a la experiencia con la relación de trabajo, debido a que en su mayoría no les pareció ni buena ni mala, pero hubo psiquiatras que expresaron deficiencias en la preparación profesional del psicólogo, debido a lo cual presentaron actitudes de franco rechazo hacia los psicólogos. El 43.2% de la muestra (259 profesionistas) no supieron describir las funciones del psicólogo clínico. La mayoría de los profesionistas (86.3%) nunca había consultado a un psicólogo clínico, y de los que habían asistido a terapia (en los del área de Salud Mental) la mayoría acudió por problemas personales, y de estos profesionistas el 71% nunca habían trabajado con un

psicólogo. Sólo en un gran porcentaje, en las carreras de turismo y psicología, habían consultado terapéuticamente a un psicólogo. Al investigar en la muestra de todas las profesiones (área de Salud Mental como de otras áreas) con respecto a si piensan que el tratamiento que dan los psicólogos ayuda verdaderamente a las personas a resolver sus problemas, se encontraron diferencias significativas ya que aunque la mayoría de los profesionistas expresaron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en ese orden, hubo otras opiniones como en las carreras de Biología e Historia quienes también mencionaron estar ni de acuerdo ni en desacuerdo y los de psiquiatría quienes dijeron estar en desacuerdo con la pregunta. En cuanto a su opinión sobre si consideraban que algunos psicólogos en ocasiones perjudican a la gente en lugar de ayudarla, se encontraron diferencias significativas, pues los datos se distribuyeron equitativamente en dos opciones en la mayoría de las carreras, en "no estoy de acuerdo ni en desacuerdo" y "estoy totalmente de acuerdo", sin embargo existieron carreras que difirieron de estas respuestas y seleccionaron otras, por ejemplo, Biología mencionó también estar totalmente de acuerdo, Artes y Relaciones Públicas dijeron estar más o menos de acuerdo y psiquiatría en su mayoría mencionó estar totalmente de acuerdo y más o menos de acuerdo. En la pregunta de que si es mejor evitar los contactos terapéuticos con los psicólogos, se observaron diferencias significativas, ya que aunque todas las carreras expresaron estar en desacuerdo, Ingeniería, Trabajo Social y Psiquiatría también expresaron estar ni de acuerdo ni en desacuerdo. Se encontró que, en la actitud hacia el psicólogo clínico, se encontraron diferencias significativas en el áreas de las carreras, observándose en los dos grupos de profesiones que la actitud es indiferente (no abiertamente de aceptación ó rechazo), pero los profesionistas de áreas distintas a la de Salud Mental tienden ligeramente a tener una actitud negativa. Se esperaba encontrar que entre los profesionistas de Salud Mental existiera más conocimiento del psicólogo en relación a las demás carreras, por el sólo hecho de pertenecer a la misma área y estar en contacto profesional interdisciplinario, pero se encontró que para el tamaño de la muestra hubieron muchísimos casos que desconocían, en ocasiones totalmente, lo que al psicólogo se refiere, sin ser asombroso que los de otras carreras desconocieran la profesión. Pero lo más sorprendente que se encontró es que entre los mismos psicólogos existiera este desconocimiento, lo que sorprende porque ¿cómo pretender que los psicólogos tengan una imagen positiva si ellos mismos tienen indefinidos muchos elementos de su propia carrera?. Esto contribuiría, según estas autoras, para caer en los malos manejos que se hacen de la profesión y sigue perjudicando la imagen de la profesión. Entre las limitaciones de esta investigación está la imposibilidad de generalizar los datos debido a la amplitud de profesionistas en el D.F., y sugieren la creación de programas de información así como de folletos y conferencias para cambiar las actitudes hacia el psicólogo clínico y dar más información sobre lo que hace (Salinas R. y Torres G., 1988).

4.2 COMENTARIOS SOBRE LOS ANTECEDENTES.

Como se pudo observar al hacer esta revisión de antecedentes de investigaciones (hechas en Tesis de Licenciatura principalmente), no se ha investigado exclusivamente la formación de los psicólogos clínicos a nivel de Licenciatura y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional, ni su opinión sobre si su formación les permitió adquirir conocimientos sobre técnicas de intervención para su ejercicio

profesional, y aunque han explorado otras investigaciones sus opiniones sobre su formación de Licenciatura han sido de forma general, no sólo abarcando el área de intervención, y si describen qué técnicas de intervención utilizan los psicólogos clínicos las mencionan sin abocarse a una clasificación como lo es la de Wolberg, la cual sistematiza las técnicas para su mejor entendimiento. Es de notarse, sin embargo, que las muestras son grandes y aunque mencionan limitaciones, sus resultados pueden ser tomados como indicadores válidos. Se observa que en estas investigaciones existe un consenso para poder afirmar que los psicólogos clínicos opinan que su formación de Licenciatura es regular ó suficiente en relación a las herramientas para realizar las funciones propias de su profesión en el campo laboral, aunque en algunos casos afirman que esta es buena, pero se contradicen al afirmar que necesitaron seguir preparándose, ya sea en psicodiagnóstico, ó en técnicas de intervención ó psicoterapia, área donde más manifestaron su insatisfacción. Se puede afirmar que el diagnóstico y la psicoterapia son las dos actividades más realizadas por los psicólogos clínicos, y se observa que en el campo laboral una de las funciones en las que menos énfasis tienen los planes de estudio de Licenciatura es la de intervención ó psicoterapia. Se nota, pues, una falta de relación entre lo que realiza un psicólogo clínico a nivel de Licenciatura y la formación ó preparación profesional que se le ofrece a nivel Licenciatura, así como también se puede observar un desconocimiento en muchas personas (incluidos profesionistas del área de Salud Mental, profesionistas de otras áreas, los mismos psicólogos clínicos y personas de la comunidad) de cuáles son las funciones para las cuales está realmente preparado a nivel de Licenciatura el psicólogo clínico. También existen actitudes negativas ó de indiferencia hacia los psicólogos y su trabajo, debiéndose esto a el desconocimiento que otras personas tienen de sus funciones, a pugnas políticas (en los psiquiatras, históricamente obvio, en los mismos psicólogos de diferentes ó de mismas corrientes teóricas y en los psicoanalistas, también históricamente obvio), y a que quizás en que las personas que reciben los servicios del psicólogo clínico (probablemente) perciben una inseguridad en lo que los psicólogos realizan en intervención, quedando en evidencia su falta de formación a nivel de Licenciatura a la hora de intervenir, su confusión debido a que en el plan de estudios (ó los planes de estudios) de Licenciatura en Psicología no existe coherencia para tener conceptos claros y relacionados, la falta de coherencia entre teoría y práctica, la misma confusión e inexperiencia entre algunos de los profesores y autoridades de la psicología en México, más preocupados por defender sus posturas y puestos políticos que por mejorar la imagen, preparación, campo laboral y sueldo de sus colegas que egresan cada año a enfrentarse a una realidad laboral que les exige ejercer funciones las cuales no están contempladas en los planes de estudio. Yo estoy de acuerdo con los cambios sugeridos en los planes de estudio de la Licenciatura en Psicología (y del área clínica, específicamente), por las evidencias presentadas al revisar estas investigaciones que sirven de antecedentes a la presente tesis, y como punto de comparación para los resultados, conclusiones y limitaciones de la misma. El que esto escribe está de acuerdo en que la psicoterapia no era históricamente una función original de los psicólogos clínicos ni siquiera a nivel Licenciatura, pero no hay que seguir viviendo en el pasado, y darse cuenta de que la realidad laboral exige que el psicólogo clínico a nivel Licenciatura realice intervención, porque se espera que lo sepa hacer y para

eso se le contrata (además de para realizar el psicodiagnóstico). El que escribe esto está de acuerdo en que al psicólogo clínico se le den herramientas (entrenamiento, no sólo información) para intervenir en instituciones públicas y privadas, aunque sea en la realización de terapias breves ó de emergencia ó de apoyo, lo que le permitiría brindar un servicio adecuado para llegar a más población necesitada, para ganarse un lugar de forma segura en el equipo de salud mental, en la población en general, y que de esta manera su labor sea valorada más adecuadamente y sea justamente remunerada. Si los sueldos que reciben los psicólogos son bajos, es debido (quizás) a que no se le ha dado la preparación adecuada para trabajar y la proyección (políticamente, profesionalmente y socialmente hablando) adecuada a su labor profesional. Pero no sólo el trabajo del gremio de los psicólogos es mal pagado en las instituciones, sino también el trabajo de todos los profesionistas en general, por lo que las instituciones deben revalorizar el trabajo de sus profesionistas, para pagarles un sueldo justo a sus conocimientos y al tiempo y esfuerzo dedicados a su trabajo profesional. Quizás no se deba a la mala preparación de los profesionistas en general, sino a una política institucional de pagar menos sueldo por más trabajo.

CAPÍTULO V:

METODOLOGÍA.

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación fue planeada como un estudio exploratorio de campo, ya que se pretendió conocer qué técnicas de intervención son utilizadas por los psicólogos clínicos en relación con su formación profesional. El motivo de ser un estudio exploratorio de campo fue debido a que falta información detallada sobre qué técnicas de intervención utilizan los psicólogos clínicos en su trabajo profesional, tomando en cuenta la relación con su formación académica de Licenciatura. Tampoco existe información sobre la opinión que tienen los psicólogos que en su trabajo profesional utilizan técnicas de intervención sobre su formación académica de Licenciatura, con respecto a qué tanto sus estudios de Licenciatura contribuyeron a que los psicólogos encuestados pensarán que tan sólidos son sus conocimientos para poder intervenir.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como planteamiento del problema se tuvo el contestar básicamente a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál es la relación entre la formación académica de los psicólogos clínicos y las técnicas de intervención que utilizan en su ejercicio profesional?
- 2) ¿Cuál es la relación entre la opinión que tienen sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional y las técnicas de intervención que utilizan en su ejercicio profesional?

Y secundariamente se buscó contestar a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuál es la relación entre su formación académica y la opinión que tienen sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional?
- 2) ¿Cuál es la relación entre la opinión que tienen sobre si sus estudios lo capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional ,y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional?
- 3) ¿Cuál es la relación entre su formación académica y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional?
- 4) ¿Cuál es la relación entre su formación académica y el lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan?
- 5) ¿Cuál es la relación entre su escuela de procedencia en Licenciatura y el área predominante de subespecialización que cursaron en la Licenciatura?

La presente investigación tiene como objetivos el conocer cuáles son las técnicas de intervención que el psicólogo clínico utiliza en su ejercicio profesional, en relación con su formación académica, principalmente

de la Licenciatura. Se pretende conocer cómo y con qué interviene para resolver los problemas psicológicos de la población, así como conocer en qué lugar ó lugares adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan. También se pretende conocer la opinión que los psicólogos clínicos que utilizan técnicas de intervención tienen con respecto a la formación que obtuvieron en sus estudios de Licenciatura en cuanto a manejo de técnicas de intervención se refiere.

5.3 HIPÓTESIS.

-Principales.

Hipótesis Conceptual Principal #1: Si existe relación entre la formación académica de un psicólogo clínico y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Principales #1-. Como Hipótesis de trabajo principales se tuvieron las que están relacionadas con la Hipótesis conceptual principal #1, o sea, las que expresan la posible relación existente entre la formación académica de un psicólogo clínico y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional, y son las siguientes:

(1) Licenciatura -escuela de procedencia (Variable 4) con Técnicas de intervención que maneja (Variable 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos egresados de distintas universidades ó escuelas.

(2) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

(3) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

(4) Grado Académico (Var. 87) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

(5) Grado Académico (Var. 87) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

(6) Grado Académico (Var. 87) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

(7) Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

(8) Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos de diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos de diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

(9) Técnicas de intervención que maneja (Var. 47) con Lugar donde adquirió conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los lugares donde los psicólogos adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan y las técnicas que manejan.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los lugares donde los psicólogos adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan y las técnicas que manejan.

Hipótesis Conceptual Principal #2: Sí existe relación entre la opinión que un psicólogo clínico tiene sobre su formación académica y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo ó (Estadísticas) Principales #2-. Son las que expresan la posible relación existente entre la opinión que un psicólogo clínico tiene acerca de su formación profesional y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional:

(10) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

(11) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención aplicadas rutinariamente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención aplicadas rutinariamente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

(12) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) utilizados predominantemente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) utilizados predominantemente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

-Secundarias.

Hipótesis Conceptual Secundaria #1- Si existe relación entre la formación académica de un psicólogo clínico y la opinión que tiene sobre si sus estudios de Licenciatura lo capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Secundarias #1:

(13) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional en cuanto al lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional en cuanto al lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

(14) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

(15) Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis Conceptual Secundaria #2.- Si existirá relación entre la opinión que tienen sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos

que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #2:

(16) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Opinión sobre si existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de Psicología clínica en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención (Var. 45).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en cuanto a su opinión de que existan ó no diferencias de formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades ó escuelas en su preparación para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en cuanto a su opinión de que existan ó no diferencias de formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades ó escuelas en su preparación para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis Conceptual Secundaria #3: Sí existirá relación entre su formación académica y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #3:

(17) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Opinión sobre si existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de Psicología clínica en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención (Var. 45).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la opinión que tienen los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas, en cuanto a la existencia de diferencias de formación a nivel de Licenciatura en las diferentes universidades ó escuelas en la preparación de sus egresados para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en la opinión que tienen los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas, en cuanto a la existencia de diferencias de formación a nivel de Licenciatura en las diferentes universidades ó escuelas en la preparación de sus egresados para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis Conceptual Secundaria #4.- Si existirá relación entre la escuela de procedencia de los psicólogos clínicos con el lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #4:

(18) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar ó lugares donde los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar ó lugares donde los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis Conceptual Secundaria #5: Si existirá relación entre la escuela de procedencia en Licenciatura de los psicólogos clínicos y el área predominante de subespecialización que cursaron en la Licenciatura.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #5:

(19) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al área de subespecialización cursada en Licenciatura por los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al área de subespecialización cursada en Licenciatura por los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

5.4 VARIABLES.

Como variables principales de la investigación se consideraron a la formación como psicólogo clínico y las técnicas de intervención. Se observó la relación entre estas variables, considerando como variable independiente a la formación académica como psicólogo clínico, y como variable dependiente a las técnicas de intervención. Otras variables fueron: opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, considerada como variable independiente ó dependiente según contra cual variable fuera comparada; opinión sobre si existen diferencias entre los egresados de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, considerada como otra variable dependiente. Sólo se observó la posible relación de las variables, por tratarse de un estudio de campo, donde no se pueden manipular variables independientes para ver su influencia sobre otras variables llamadas dependientes. Por ser un estudio exploratorio de campo, no experimental, no se manejaron posibles variables extrañas.

5.5 SUJETOS.

Se incluyeron como sujetos de la investigación a psicólogos que contaran con las siguientes características:

- A) Nivel académico: que fueran como mínimo pasantes (es decir, que contaran con todos los créditos cubiertos en sus estudios de Licenciatura); ó que fueran titulados, ó que contaran con estudios de posgrado.
- b) Tipo de trabajo: Que trabajaran en el área de intervención clínica utilizando técnicas de intervención, ya fuera en instituciones de salud mental del sector público y/o privado, y/o que laboraran por su cuenta (en consultorio particular) utilizando técnicas de intervención.

Muestreo.

Debido a que hasta la fecha se carece de información sobre la cantidad de psicólogos que laboran en el sector salud y privado, se acudió a las instituciones en donde laboran psicólogos que utilizan técnicas de intervención, por lo que el tipo de muestreo es no probabilístico, ya que todos los sujetos que cumplieran con las características anteriormente mencionadas fueron seleccionados para formar parte de la muestra del estudio. Se acudió a dependencias de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud (S.S.), Departamento del Distrito Federal (D.D.F.), Secretaría de Educación Pública (S.E.P.), Centros de Integración Juvenil (C.I.J.), Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), Instituto de la Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) y Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) (en el Apéndice A se listan las instituciones, dependencias y el número de sujetos de cada institución y dependencia que forman parte de la muestra). También fueron encuestados psicólogos clínicos que laboraran con técnicas de intervención de forma particular en consultorios particulares. Debido a que no todos los psicólogos que utilizan técnicas de intervención en su ejercicio profesional cursaron predominantemente el área clínica de subespecialización en Licenciatura (esto debido a que en los planes de estudio de instituciones de educación superior, tales como la Escuela Nacional de Estudios Superiores Iztacala, ó E.N.E.P. Iztacala, ó la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, ó F.E.S. Zaragoza, ambas pertenecientes a la U.N.A.M., no incluyen áreas de subespecialización en su plan de estudios de Licenciatura, y en el plan de estudios de la Universidad Autónoma Metropolitana (U.A.M.) sólo existen las áreas de subespecialización educativa y social), en la muestra quedaron incluidos psicólogos cuyas áreas predominantes de subespecialización eran otras (tales como psicología educativa ó psicología social) ó que provenían de escuelas donde no existen en el plan de estudios áreas predominantes de subespecialización (considerados como con formación académica de Licenciatura en psicología general) pero que su trabajo era en el área clínica, utilizando técnicas de intervención. De este modo, se consideró en la muestra a todo aquel psicólogo que realizara trabajo profesional utilizando técnicas de intervención. El concepto de psicólogo clínico se amplió, debido a que en la realidad laboral no todos los psicólogos que utilizan técnicas de intervención clínica cursaron predominantemente el área de subespecialización clínica en sus estudios de Licenciatura. La muestra final estuvo integrada por los cuestionarios que habían contestado 77 psicólogos que cumplieran con el requisito mínimo establecido de ser pasantes en sus estudios de Licenciatura.

5.6 ESCENARIO.

El escenario donde se llevó a cabo fue en la Cd. de México, en los lugares donde laboran los sujetos.

5.7 INSTRUMENTO.

Se construyó un cuestionario (una escala perteneciente al nivel de medición nominal) con el objetivo principal de investigar las técnicas de intervención utilizadas por los psicólogos clínicos en su ejercicio profesional, así como la opinión que los psicólogos clínicos tienen sobre su formación académica de Licenciatura en relación a la utilización de técnicas de intervención. Se incluyeron asimismo preguntas para investigar otros aspectos, considerados como secundariamente importantes y de los cuales existe poca información al respecto, tales como: situación laboral, tiempo de experiencia en intervención, características de las personas hacia quien va dirigido el trabajo de intervención, aspectos teórico-prácticos a la hora de trabajar con técnicas de intervención, supervisión en trabajo de intervención y psicoterapia personal del psicólogo clínico. Se construyó un primer cuestionario, el cual originalmente contenía 96 preguntas, de opción múltiple en su mayoría, con algunas preguntas abiertas. El cuestionario fue construido a partir de los objetivos de la investigación, así como también de la clasificación que Wolberg (1977) hace de las técnicas de intervención, y algunos de los reactivos fueron elaborados a partir de otros cuestionarios utilizados en investigaciones similares (Díaz N., 1986; Litvinoff y Gomel, 1975; Martínez O. y Ramírez T., 1981; Serra, 1989). Este primer cuestionario fue piloteado con 8 expertos del área clínica (profesores del área clínica de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y psicoterapeutas), quienes hicieron sugerencias sobre la redacción de las preguntas, sobre la pertinencia ó inadecuación de las preguntas, y sobre el contenido general del cuestionario y su estructuración. A partir de este piloteo, se procedió a construir un cuestionario definitivo, tomando en cuenta las sugerencias de los expertos del área clínica. Debido a que el estudio es exploratorio, es decir, para conocer las características del fenómeno observado y por ser el primer estudio de este tipo en técnicas de intervención, no se requirió validar el cuestionario por métodos estadísticos. Uno de los objetivos originales de esta investigación fue el observar si existía relación entre el tipo de tratamiento utilizado predominantemente y aplicado rutinariamente (de apoyo, reeducativo ó reconstructivo) mencionado por los encuestados y los aspectos técnicos específicos relacionados con ese tratamiento, es decir, si en la práctica profesional realizaban realmente (en el aspecto técnico) el tratamiento que decían que utilizaban. Para esto se elaboraron 17 reactivos referentes a los aspectos teórico-prácticos a la hora de trabajar con técnicas de intervención, a partir de los conceptos manejados en la clasificación de técnicas terapéuticas de Wolberg (1977). Cada opción de respuesta (distribuidas según el tipo de tratamiento) de cada pregunta técnica debían de cotejarse para observar esta relación entre tratamiento mencionado y aspecto técnico explorado. Sin embargo, este objetivo fue finalmente descartado, ya que se consideró que la mayoría de estas preguntas no podían realmente reflejar lo que realizaban técnicamente en su ejercicio profesional de intervención, ya que al ser la mayoría preguntas cerradas (de opción múltiple) limitaban las respuestas de los sujetos, por lo que deberían de haber sido elaboradas como preguntas abiertas para permitir a los encuestados una más amplia descripción de lo que realmente hacen al intervenir.

El cuestionario definitivo (el cual puede verse en el Apéndice B) consta de :

1) Una hoja de respuestas, en la cual hay una sección en la cual se dan las instrucciones sobre cómo contestar el cuestionario. En otra sección se piden los siguientes datos: I) Ficha de identificación: edad, sexo, y nacionalidad (este último eliminado posteriormente al saber que todos los encuestados son de nacionalidad mexicana). II. Escolaridad: A) Licenciatura : Escuela de procedencia, fecha de ingreso a Licenciatura, área predominante de subespecialización, si es pasante o no (100% de créditos), si es titulado ó no, fecha de titulación. B) Estudios de posgrado: a) Especialidad: si ha realizado ó no algún curso de especialidad ó no, nombre del curso, institución, objetivo del curso, duración del curso, fecha de inicio. b) Maestría: si tiene estudios de maestría o no, en qué fue la maestría, institución donde la cursó, duración de los estudios, fecha de inicio, fecha de tesis. c) Doctorado: si tiene estudios de doctorado o no, en qué fue el doctorado, institución donde lo cursó, duración de los estudios, fecha de inicio, fecha de tesis. III. Cursos de actualización que considere más importantes para su ejercicio profesional: nombre del curso, institución, objetivo, número de horas.

IV. Situación laboral: institucional, particular, ambas. Institución donde labora y nombramiento. Funciones desempeñadas como psicólogo clínico de forma institucional (se permitió escoger varias opciones de respuesta): intervención, psicodiagnóstico, investigación, otras. Funciones desempeñadas como psicólogo clínico de forma particular (se permitió escoger varias opciones de respuesta): intervención, psicodiagnóstico, investigación, otras. Tiempo de experiencia en su labor de intervención de forma institucional (meses y/o años). Tiempo de experiencia en su labor de intervención de forma particular (meses y/o años). V. Sección de respuestas a las preguntas del cuestionario: en esta sección los sujetos escribían su respuesta a cada pregunta, según el número de la pregunta.

2) Hojas que contienen las preguntas del cuestionario: las preguntas se distribuyen de la siguiente manera, por secciones específicas sobre temas determinados:

-Preguntas sobre conceptos teóricos de las técnicas de intervención: preguntas 1, 9, 10, 19, 20, 22, 24. (Todas estas tomando en cuenta el marco teórico).

-Trabajo en intervención y opinión sobre sus estudios de Licenciatura para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional: 2 (requisitos para trabajar en una institución), 3-4-5-6-7 y 8 (opinión sobre sus estudios de Licenciatura en cuanto a capacitación para utilizar técnicas de intervención, diferencias entre egresados de diferentes universidades), 9 (parcialmente).

- Preguntas sobre los aspectos teórico-prácticos a la hora de trabajar con técnicas de intervención: 10, 16, 17, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34. (Todas estas a partir del marco teórico).

-Características de los usuarios ó pacientes: 11, 12, 22 (parcialmente).

-Forma de trabajo: horas a la semana de trabajo en intervención (13), con los pacientes (15: individual, grupal, ambas formas), solo ó con otros profesionales ó ambas formas (14), duración de las sesiones individuales (16) y grupales (17), duración del proceso de intervención en sesiones (21).

-Supervisión en el trabajo de intervención: opinión (35), ha recibido o no supervisión (36), con qué profesional (37), quién evalúa su trabajo si trabaja en alguna institución (38), ha supervisado el trabajo de otra persona en intervención (39).

-Labor de intervención y psicoterapia personal del psicólogo clínico: opinión (40), ha tenido ó no psicoterapia personal (41), de forma particular o/e institucional (42), con qué tipo de profesional (43), orientación teórica de su terapeuta (44), tiempo de duración de su psicoterapia personal (45), terminó su tratamiento ó continúa en tratamiento (46).

El cuestionario consta de 14 preguntas abiertas (preguntas 1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 21, 32, 33, 44 y 45), y de 32 preguntas de opción múltiple (las restantes). En estas últimas, en las siguientes se permitió escoger varias opciones de respuesta: 2, 11, 37, 38 y 43.

5.8 PROCEDIMIENTO.

Una vez que se construyó el cuestionario definitivo, se procedió a acudir a las instituciones de salud mental mencionadas anteriormente, y debido a la imposibilidad de entrevistar directamente a los sujetos ya que era su lugar de trabajo y estaban ocupados, se procedió a repartir los cuestionarios con los psicólogos que utilizaran técnicas de intervención en su ejercicio profesional, con la indicación de que posteriormente se pasarían a recoger los cuestionarios repartidos. Sólo en el caso de 3 personas que trabajaban de forma particular, se pudo entrevistar a los sujetos con el cuestionario, y recoger el cuestionario una vez terminado de ser contestado. En total se repartieron un poco más de 200 cuestionarios, de los cuales sólo se pudieron recuperar 86 cuestionarios. Sin embargo, de estos últimos se tuvieron que descartar 9 cuestionarios por razones de no cubrir el requisito mínimo de ser pasante en sus estudios de Licenciatura, ó de no estar contestados en su totalidad. De esta forma, la muestra final estuvo integrada por los cuestionarios que habían contestado 77 psicólogos que cumplían con el requisito mínimo establecido de ser pasantes en sus estudios de Licenciatura. La repartición y obtención de los cuestionarios contestados de la muestra se realizó en un lapso de 8 meses (de Agosto de 1993 a Marzo de 1994).

Una vez obtenidos los cuestionarios de la muestra, se procedió a la codificación de las respuestas dadas (ver el Apéndice C para más detalles sobre los códigos asignados), es decir, el asignar números para poder tratar las respuestas dadas por medio de técnicas de la estadística descriptiva e inferencial. Se hizo codificación de las respuestas a las preguntas de opción múltiple asignando números a cada opción de respuesta ó a cada combinación de respuestas posibles (esto último en preguntas de opción múltiple donde se podía escoger más de una opción de respuesta). En el caso de las preguntas abiertas, se procedió a revisar y analizar todas las respuestas dadas por todos los cuestionarios de la muestra para incluir todas las respuestas posibles y hacer una categorización de cada respuesta para asignarles números ó códigos. Una vez hecha la codificación de cada uno de los cuestionarios, los números fueron escritos en una hoja de codificación, dándole un número progresivo de identificación a cada cuestionario. La codificación de los cuestionarios en computadora fue realizada inicialmente utilizando el programa dbaseIII y posteriormente se utilizó el S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences, ó Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) para utilizar técnicas de la

estadística descriptiva (en este caso, al ser el cuestionario una escala nominal, se obtuvieron resultados de frecuencias y porcentajes a cada respuesta dada a cada pregunta del cuestionario) y estadística inferencial (por lo mismo, por ser una escala nominal, se utilizaron tablas de contingencia para poder aplicar la técnica estadística no paramétrica llamada chi (ó ji) cuadrada).

CAPÍTULO VI:

RESULTADOS.

Los aspectos descriptivos de la investigación, es decir, las características sociodemográficas de la muestra así como sus respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario, se exponen en términos de frecuencias y porcentajes en el Apéndice D. En este capítulo se exponen los aspectos de comprobación ó rechazo de hipótesis, utilizando cuadros de contingencia, y estadística inferencial no paramétrica, utilizando la prueba chi-cuadrada en aquellos casos en que fue pertinente su utilización. En este último caso, se tomó el nivel de significancia de .05, para la aceptación ó rechazo de las hipótesis.

COMPROBACIÓN Ó RECHAZO DE HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS PRINCIPALES.

Hipótesis Conceptual Principal #1: *Si existe relación entre la formación académica de un psicólogo clínico y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional.*

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Principales #1- Como Hipótesis de trabajo principales se tuvieron las que están relacionadas con la Hipótesis conceptual principal #1, o sea, las que expresan la posible relación existente entre la formación académica de un psicólogo clínico y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional, y son las siguientes:

(1) Licenciatura -escuela de procedencia (Variable 4) con Técnicas de intervención que maneja (Variable 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos egresados de distintas universidades ó escuelas.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 16. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .32833.

<u>Nivel de Significancia :</u>	<u>Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):</u>	<u>Valor >ó< que:</u>	<u>Valor en Tablas:</u>	<u>Resultado:</u>
.05	17.92458	<	26.3	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 1 se puede observar que de los psicólogos que provienen de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., 21 (el 50%) manejan dos tipos de técnicas, 7 (el 16.7%) manejan técnicas reeducativas, 6 (el 14.3%) manejan técnicas de apoyo, 4 (el 9.5%) manejan técnicas reconstructivas, y 4 (el 9.5%) manejan tres tipos de técnicas.

En lo que corresponde a los psicólogos provenientes de la E.N.E.P. Iztacala, 5 (el 62.5%) manejan técnicas reeducativas, 2 (el 25%) manejan 2 tipos de técnicas, y 1 (el 12.5%) maneja técnicas reconstructivas.

Por otra parte, de los psicólogos provenientes de la F.E.S. Zaragoza, 7 (el 50%) manejan 2 tipos de técnicas, 4 (el 28.6%) manejan técnicas reeducativas, 2 (el 14.3%) manejan técnicas reconstructivas, y 1 (el 7.1%) maneja técnicas de apoyo.

De los psicólogos provenientes de la U.A.M., 4 (el 40%) manejan técnicas reeducativas, 2 (el 20%) manejan técnicas de apoyo, 2 (el 20%) manejan 2 tipos de técnicas 1 (el 10%) maneja técnicas reconstructivas, y 1 (el 10%) maneja tres tipos de técnicas.

Por último, de los psicólogos provenientes de otras universidades particulares, 1 (el 33.3%) maneja 3 tipos de técnicas, 1 (el 33.3%) maneja 2 tipos de técnicas, y 1 (el 33.3%) maneja técnicas reconstructivas.

Tomando la muestra en su totalidad, al examinar los mayores porcentajes de cada escuela ó facultad, se observa que los psicólogos provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. manejan dos tipos de técnicas, los psicólogos provenientes de la E.N.E.P. Iztacala manejan técnicas reeducativas, los provenientes de la F.E.S. Zaragoza manejan dos tipos de técnicas, los provenientes de la U.A.M. manejan técnicas reeducativas, y los provenientes de otras universidades particulares manejan por iguales porcentajes dos tipos de técnicas, tres tipos de técnicas y técnicas reconstructivas. Dos tipos de técnicas manejan el 42.9% de la muestra, seguidas por las técnicas reeducativas (26%).

TABLA NO. 1: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA - ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 47).

VAR. 4: LIC. ESCUELA DE PROCED.	Frecuencia Porc. Lín. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 47: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA.					Total de línea
		DE APOYO	REEDUCATIVAS	RECONSTRUCTIVAS	DOS TIPOS DE TÉCNICAS	TRES TIPOS DE TÉCNICAS	
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.	6	7	4	21	4	42	
	14.3	16.7	9.5	50.0	9.5	54.5	
	66.7	35.0	44.4	63.6	66.7		
	7.8	9.1	5.2	27.3	5.2		
E.N.E.P. IZTACALA	0	5	1	2	0	8	
		62.5	12.5	25.0		10.4	
		25.0	11.1	6.1			
		6.5	1.3	2.6			
F.E.S. ZARAGOZA	1	4	2	7	0	14	
	7.1	28.6	14.3	50.0		18.2	
	11.1	20.0	22.2	21.2			
	1.3	5.2	2.6	9.1			
U.A.M.	2	4	1	2	1	10	
	20.0	40.0	10.0	20.0	10.0	13.0	
	22.2	20.0	11.1	6.1	16.7		
	2.6	5.2	1.3	2.6	1.3		
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.	0	0	1	1	1	3	
			33.3	33.3	33.3	3.9	
			11.1	3.0	16.7		
			1.3	1.3	1.3		
	Total de Columna	9	20	9	33	6	77
		11.7	26.0	11.7	42.9	7.8	100.0

(2) *Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 8. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .76672.

<u>Nivel de Significancia :</u>	<u>Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):</u>	<u>Valor >ó< que:</u>	<u>Valor en Tablas:</u>	<u>Resultado:</u>
.05	4.91404	<	15.51	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 2 se observa que de los psicólogos que provienen de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., 19 (el 45.2%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo, 16 (el 38.1%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas, y 7 (16.7%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

En lo que corresponde a los psicólogos provenientes de la E.N.E.P. Iztacala, 6 (el 75%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas, 1 (el 12.5%) aplica rutinariamente técnicas de apoyo, y 1 (el 12.5%) aplica rutinariamente técnicas reconstructivas.

De los psicólogos provenientes de la F.E.S. Zaragoza, 7 (el 50%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas, 5 (el 35.7%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo, y 2 (el 14.3%) aplican técnicas reconstructivas.

Se observa también que de los psicólogos provenientes de la U.A.M., 4 (el 40%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo, 4 (el 40%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas, y 2 (el 20%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

Finalmente, de los psicólogos provenientes de otras universidades particulares, 1 (el 33.3%) aplica rutinariamente técnicas de apoyo, 1 (el 33.3%) aplica rutinariamente técnicas reeducativas, y 1 (el 33.3%) aplica rutinariamente técnicas reconstructivas.

Se observa en la muestra en totalidad que las técnicas más aplicadas rutinariamente son las reeducativas, utilizadas por el 44.2% de la muestra, sobresaliendo en esto los psicólogos provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. (con un 47.1%), seguidos por los psicólogos de la F.E.S. Zaragoza (20.6%), la E.N.E.P. Iztacala (17.6%), los de la U.A.M. (11.8%) y los de otras universidades particulares (1.3%). Las técnicas de apoyo fueron aplicadas rutinariamente por el 39% de la muestra, quedando distribuidos en : provenientes de la Facultad de Psicología (63.3%), F.E.S. Zaragoza (16.7%), U.A.M. (13.3%), E.N.E.P. Iztacala y otras universidades particulares (con 3.3% respectivamente). Finalmente, las técnicas reconstructivas fueron aplicadas rutinariamente por el 16.9% de los psicólogos, quedando de la

siguiente manera: 53.8% (Facultad de Psicología-U.N.A.M.), 15.4% (F.E.S. Zaragoza y U.A.M., respectivamente), 7.7% (E.N.E.P. Iztacala y otras universidades particulares, respectivamente).

TABLA NO. 2: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA - ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON TÉCNICAS APLICADAS RUTINARIAMENTE (VAR. 50).

VAR. 4: LIC. ESCUELA DE PROCEDENCIA	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 50: TÉCNICAS APLICADAS RUTINARIAMENTE			Total de línea
		DE APOYO	REEDUCATIVAS	RECONSTRUCTIVAS	
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.		19	16	7	42
		45.2	38.1	16.7	54.5
		63.3	47.1	53.8	
		24.7	20.8	9.1	
E.N.E.P. IZTACALA		1	6	1	8
		12.5	75.0	12.5	10.4
		3.3	17.6	7.7	
		1.3	7.8	1.3	
F.E.S. ZARAGOZA		5	7	2	14
		35.7	50.0	14.3	18.2
		16.7	20.6	15.4	
		6.5	9.1	2.6	
U.A.M.		4	4	2	10
		40.0	40.0	20.0	13.0
		13.3	11.8	15.4	
		5.2	5.2	2.6	
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		1	1	1	3
		33.3	33.3	33.3	3.9
		3.3	2.9	7.7	
		1.3	1.3	1.3	
	Total de columna	30	34	13	77
		39.0	44.2	16.9	100.0

(3) *Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 8. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .76672.

Nivel de Significancia:	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	4.91404	<	15.51	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 3 se observa que de los psicólogos que provienen de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., 19 (el 45.2%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo, 16 (el 38.1%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos, y 7(16.7%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

En lo que corresponde a los psicólogos provenientes de la E.N.E.P. Iztacala, 6 (el 75%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos, 1 (el 12.5%) utiliza predominantemente tratamientos de apoyo, y 1 (el 12.5%) utiliza predominantemente tratamientos reconstructivos.

De los psicólogos provenientes de la F.E.S. Zaragoza, 7 (el 50%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos, 5 (el 35.7%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo, y 2 (el 14.3%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

Se observa también que de los psicólogos provenientes de la U.A.M., 4 (el 40%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo, 4 (el 40%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos, y 2 (el 20%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

Finalmente, de los psicólogos provenientes de otras universidades particulares, 1 (el 33.3%) utiliza predominantemente tratamientos de apoyo, 1 (el 33.3%) utiliza predominantemente tratamientos reeducativos, y 1 (el 33.3%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

Se observa (tomando a la muestra en totalidad) que los tratamientos que predominantemente son más utilizados son los reeducativos, utilizados por el 44.2% de la muestra, sobresaliendo en esto los psicólogos provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. (con un 47.1%), seguidos por los psicólogos de la F.E.S. Zaragoza (20.6%), la E.N.E.P. Iztacala (17.6%), los de la U.A.M. (11.8%) y los de otras universidades particulares (1.3%). Los tratamientos de apoyo fueron utilizados predominantemente por el 39% de la muestra, quedando distribuidos en : provenientes de la Facultad de Psicología (63.3%), F.E.S. Zaragoza (16.7%), U.A.M. (13.3%), E.N.E.P. Iztacala y otras universidades particulares (con 3.3% respectivamente). Finalmente, los tratamientos reconstructivos fueron utilizados predominantemente por el 16.9% de los psicólogos, quedando de la siguiente manera: 53.8% (Facultad de Psicología-U.N.A.M.), 15.4% (F.E.S. Zaragoza y U.A.M., respectivamente), 7.7% (E.N.E.P. Iztacala y otras universidades particulares, respectivamente).

TABLA NO. 3: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA - ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE (APOYO/ REEDUCATIVOS/ RECONSTRUCTIVOS/ OTROS) (VAR. 59).

VAR. 4: LIC. ESCUELA DE PROCEDENCIA	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 59: TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO PREDOM.			Total de línea
		DE APOYO	REEDUCATIVOS	RECONSTRUCTIVOS	
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.		19	16	7	42
		45.2	38.1	16.7	54.5
		63.3	47.1	53.8	
		24.7	20.8	9.1	
E.N.E.P. IZTACALA		1	6	1	8
		12.5	75.0	12.5	10.4
		3.3	17.6	7.7	
		1.3	7.8	1.3	
F.E.S. ZARAGOZA		5	7	2	14
		35.7	50.0	14.3	18.2
		16.7	20.6	15.4	
		6.5	9.1	2.6	
U.A.M.		4	4	2	10
		40.0	40.0	20.0	13.0
		13.3	11.8	15.4	
		5.2	5.2	2.6	
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		1	1	1	3
		33.3	33.3	33.3	3.9
		3.3	2.9	7.7	
		1.3	1.3	1.3	
	Total de columna	30	34	13	77
		39.0	44.2	16.9	100.0

(4) Grado Académico (Var. 87) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 20. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .81666.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	14.26787	<	31.4	Se acepta Hipótesis nula.

Se observa en la Tabla 4 que de los psicólogos que tienen únicamente estudios de Licenciatura , 9 (el 39.1%) manejan dos tipos de técnicas; 5 (el 21.7%) manejan técnicas reeducativas; 4 (17.4%) manejan tres tipos de técnicas; 3 (13%) manejan técnicas reconstructivas; y 2 (8.7%) manejan técnicas de apoyo.

Del grupo de psicólogos que tienen Licenciatura y han tenido cursos de actualización, 14 (45.2%) manejan dos tipos de técnicas; 11 (35.5%) maneja técnicas reeducativas; 3 (9.7%) manejan técnicas de apoyo; 2 (6.5%) manejan técnicas reconstructivas; y 1 (3.2%) maneja tres tipos de técnicas.

Del grupo de psicólogos que tienen estudios de especialización, 2 (28.6%) manejan técnicas reeducativas; 2 (28.6%) manejan técnicas reconstructivas; 2 (28.6%) manejan dos tipos de técnicas; y 1 (14.3%) maneja técnicas de apoyo.

En el grupo de psicólogos que tienen estudios de especialidad y además cursos de actualización, se observa que 1 (50%) maneja técnicas de apoyo y 1 (50%) maneja 2 tipos de técnicas.

En cuanto a los psicólogos pertenecientes al grupo que tienen estudios de Maestría, 6 (46.2%) manejan dos tipos de técnicas; 2 (15.4%) manejan técnicas de apoyo; 2 (15.4%) manejan técnicas reeducativas; 2 (15.4%) manejan técnicas reconstructivas; y 1 (7.7%) maneja tres tipos de técnicas.

Por último, la psicóloga que tiene estudios de doctorado, maneja 2 tipos de técnicas.

TABLA NO. 4: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES GRADO ACADÉMICO (VAR. 87) CON TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 47).

VAR. 87: GRADO ACADÉMICO	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 47: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA					Total de líneas
		DE APOYO	REEDUCATIVAS	RECONSTRUCTIVAS	DOS TIPOS DE TÉCNICAS	TRES TIPOS DE TÉCNICAS	
LICENCIATURA		2 8.7 22.2 2.6	5 21.7 25.0 6.5	3 13.0 33.3 3.9	9 39.1 27.3 11.7	4 17.4 66.7 5.2	23 29.9
LIC. CON CURSOS DE ACTUALIZACIÓN		3 9.7 33.3 3.9	11 35.5 55.0 14.3	2 6.5 22.2 2.6	14 45.2 42.4 18.2	1 3.2 16.7 1.3	31 40.3
ESPECIALIDAD		1 14.3 11.1 1.3	2 28.6 10.0 2.6	2 28.6 22.2 2.6	2 28.6 6.1 2.6	0	7 9.1
ESPECIALIDAD CON CURSOS DE ACTUALIZACIÓN		1 50.0 11.1 1.3	0	0	1 50.0 3.0 1.3	0	2 2.6
MAESTRÍA		2 15.4 22.2 2.6	2 15.4 10.0 2.6	2 15.4 22.2 2.6	6 46.2 18.2 7.8	1 7.7 16.7 1.3	13 16.9
DOCTORADO		0	0	0	1 100.0 3.0 1.3	0	1 1.3
	Total de Columna	9 11.7	20 26.0	9 11.7	33 42.9	6 7.8	77 100

(5) Grado Académico (Var. 87) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 10. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .85446.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	5.51199	<	18.31	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 5 se observa que en el grupo de psicólogos que tienen estudios de Licenciatura únicamente, el 10 (43.5%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas; 8 (34.8%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo; y 5 (21.7%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

De los psicólogos con estudios de Licenciatura y cursos de actualización, 16 (51.6%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas; 12 (38.7%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo; y 3 (9.7%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

De los psicólogos con estudios de especialización, 3 (42.9%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas; 2 (28.6%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo; y 2 (28.6%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

En el grupo de psicólogos que tienen estudios de especialización y cursos de actualización, 1 (50%) aplica rutinariamente técnicas de apoyo; y 1 (50%) aplica rutinariamente técnicas reeducativas.

En el grupo de psicólogos con estudios de maestría, se observa que 6 (46.2%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo; 4 (30,8%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas; y 3 (23.1%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

Por lo que respecta a la psicóloga con estudios de doctorado, se observa que aplica rutinariamente técnicas de apoyo.

TABLA NO. 5: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES GRADO ACADÉMICO (VAR. 87) CON TÉCNICAS APLICADAS RUTINARIAMENTE (VAR. 50).

VAR. 87: GRADO ACADÉMICO	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 50: TÉCNICAS APLICADAS RUTINARIAMENTE			Total de línea
		DE APOYO	REEDUCATIVAS	RECONS- TRUCTIVAS	
LICENCIATURA	8 34.8 26.7 10.4	10 43.2 29.4 13.0	5 21.7 38.5 6.5	23 29.9	
LIC. CON CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	12 38.7 40.0 15.6	16 51.6 47.1 20.8	3 9.7 23.1 3.9	31 40.3	
ESPECIALIDAD	2 28.6 6.7 2.6	3 42.9 8.8 3.9	2 28.6 15.4 2.6	7 9.1	
ESPECIALIDAD CON CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	1 50.0 3.3 1.3	1 50.0 2.9 1.3	0	2 2.6	
MAESTRIA	6 46.2 20.0 7.8	4 30.8 11.8 5.2	3 23.1 23.1 3.9	13 16.9	
DOCTORADO	1 100.0 3.3 1.3	0	0	1 1.3	
	Total de columna	30 39.0	34 44.2	13 16.9	77 100.0

(6) *Grado Académico (Var. 87) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 10. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .85446.

<u>Nivel de Significancia :</u>	<u>Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):</u>	<u>Valor >ó< que:</u>	<u>Valor en Tablas:</u>	<u>Resultado:</u>
.05	5.51199	<	18.31	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 6 se puede observar que en el grupo de psicólogos que tienen estudios de Licenciatura únicamente, 10 (43.5%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos; 8 (34.8%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo; y 5 (21.7%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

De los psicólogos con estudios de Licenciatura y cursos de actualización, 16 (51.6%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos; 12 (38.7%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo; y 3 (9.7%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

De los psicólogos con estudios de especialización, 3 (42.9%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos; 2 (28.6%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo; y 2 (28.6%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

En el grupo de psicólogos que tienen estudios de especialización y cursos de actualización, 1 (50%) utiliza predominantemente tratamientos de apoyo; y 1 (50%) utiliza predominantemente tratamientos reeducativos.

En el grupo de psicólogos con estudios de maestría, se observa que 6 (46.2%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo; 4 (30,8%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos; y 3 (23.1%) utilizan predominantemente tratamientos reconstructivos.

Por lo que respecta a la psicóloga con estudios de doctorado, se observa que utiliza predominantemente tratamientos de apoyo.

TABLA NO. 6: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACION DE LAS VARIABLES GRADO ACADÉMICO (VAR. 87) CON TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE EN SU TRABAJO DE INTERVENCIÓN (APOYO/ REEDUCATIVOS/ RECONSTRUCTIVOS/ OTROS) (VAR. 59).

VAR. 87: GRADO ACADÉMICO	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR 59: TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE			Total de línea
		DE APOYO	REEDUCATIVOS	RECONSTRUCTIVOS	
LICENCIATURA	8 34.8 26.7 10.4	10 43.2 29.4 13.0	5 21.7 38.5 6.5	23 29.9	
LIC. CON CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	12 38.7 40.0 15.6	16 51.6 47.1 20.8	3 9.7 23.1 3.9	31 40.3	
ESPECIALIDAD	2 28.6 6.7 2.6	3 42.9 8.8 3.9	2 28.6 15.4 2.6	7 9.1	
ESPECIALIDAD CON CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	1 50.0 3.3 1.3	1 50.0 2.9 1.3	0	2 2.6	
MAESTRIA	6 46.2 20.0 7.8	4 30.8 11.8 5.2	3 23.1 23.1 3.9	13 16.9	
DOCTORADO	1 100.0 3.3 1.3	0	0	1 1.3	
	Total de columna 39.0	34 44.2	13 16.9	77 100.0	

(7) *Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 12. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .09775.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	18.63423	<	21.0	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 7, se observa que en el grupo de Psicología Clínica, 19 psicólogos (51.4%) manejan dos tipos de técnicas, 5 (el 13.5%) manejan técnicas de apoyo, 5 (el 13.5%) manejan técnicas reconstructivas, 5 (el 13.5%) manejan tres tipos de técnicas, y 3 (el 8.1%) manejan técnicas reeducativas.

En el grupo de Psicología Educativa, 5 (el 55.6%) manejan técnicas reeducativas, 2 (22.2%) manejan dos tipos de técnicas, 1 (el 11.1%) maneja técnicas de apoyo, y 1 (el 11.1%) maneja técnicas reconstructivas.

En el grupo de Psicología Social, 3 (el 33.3%) manejan dos tipos de técnicas, 3 (el 33.3%) manejan técnicas reeducativas, 2 (el 22.2%) manejan técnicas de apoyo, y 1 (el 11.1%) maneja tres tipos de técnicas.

En el grupo de Psicología General, 9 (el 40.9%) manejan dos tipos de técnicas, 9 (el 40.9%) manejan técnicas reeducativas, 3 (el 13.6%) manejan técnicas reconstructivas, y 1 (el 4.5%) maneja técnicas de apoyo.

Comparando los porcentajes más altos en cada área de subespecialización en cuanto al manejo de técnicas de intervención, en el área clínica 19 (51.4%) manejan dos tipos de técnicas, en el área educativa 5 (el 55.6%) manejan técnicas reeducativas, en el área social 3 (33.3%) manejan 2 tipos de técnicas y 3 (33.3%) manejan técnicas reeducativas, mientras que en el área de psicología general 9 (el 40.9%) manejan dos tipos de técnicas y 9 (40.9%) manejan técnicas reeducativas.

Comparando los porcentajes totales de las 4 áreas, se observa que el porcentaje más alto en cuanto a manejo de técnicas de intervención se encuentra en el manejo de dos tipos de técnicas en el grupo de psicología clínica, representando el 24.7% (19 sujetos) de la muestra.

TAHILA NO. 7: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LIC.- ÁREA PREDOMINANTE DE SUBESPECIALIZACIÓN (VAR. 6) CON TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 47).

		VAR. 47: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA					
VAR. 6: LIC.- ÁREA PREDOM. DE SUBESP.	Frecuencia Porc. Lín. Porc. Col. Porc. Total	DE APOYO	REEDUCA- TIVAS	RECONS- TRUCTIVAS	DOS TIPOS DE TÉCNICAS	TRES TIPOS DE TÉCNICAS	Total de línea
CLÍNICA	5	3	5	19	5	37	
	13.5	8.1	13.5	51.4	13.5	48.1	
	55.6	15.0	55.6	57.6	83.3		
	6.5	3.9	6.5	24.7	6.5		
EDUCATIVA	1	5	1	2	0	9	
	11.1	55.6	11.1	22.2		11.7	
	11.1	25.0	11.1	6.1			
	1.3	6.5	1.3	2.6			
SOCIAL	2	3	0	3	1	9	
	22.2	33.3		33.3	11.1	11.7	
	22.2	15.0		9.1	16.7		
	2.6	3.9		3.9	1.3		
GENERAL	1	9	3	9	0	22	
	4.5	40.9	13.6	40.9		28.6	
	11.1	45.0	33.3	27.3			
	1.3	11.7	3.9	11.7			
Total de Columna	9	20	9	33	6	77	
	11.7	26.0	11.7	42.9	7.8	100.0	

(8) *Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos de diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos de diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.L.)= 6. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .40348

<u>Nivel de Significancia :</u>	<u>Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):</u>	<u>Valor >ó< que:</u>	<u>Valor en Tablas:</u>	<u>Resultado:</u>
.05	6.17861	<	12.59	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 8, de los psicólogos egresados del área clínica de la Licenciatura, 18 (48.6%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo, 11 (el 29.7%) tratamientos reeducativos, y 8(21.6%) tratamientos reconstructivos.

Los del área educativa, 5 (el 55.6%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos, 3 (el 33.3%) tratamientos de apoyo, y 1 (11.1%) tratamientos reconstructivos.

Los egresados del área social en la Licenciatura, 5 (el 55.6%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos, 3 (33.3%) tratamientos de apoyo, y 1 (11.1%) tratamientos reconstructivos.

De los psicólogos que cursaron planes de estudios que no contienen subespecialidades en Licenciatura, 13 (el 59.1%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos, 6 (27.3%) tratamientos de apoyo, y 3 (13.6%) tratamientos reconstructivos.

Los tratamientos predominantemente más utilizados son los reeducativos, utilizados por el 44.2% de la muestra, siendo más utilizados por los psicólogos del área general de la psicología (38.2%, quienes son provenientes de la E.N.E.P. Iztacala y de la F.E.S. Zaragoza, ambas pertenecientes a la U.N.A.M.) quienes en su mayoría utilizan predominantemente tratamientos cognitivo-conductuales, clasificados por Wolberg como reeducativos. En seguida, los tratamientos predominantemente más utilizados son los de apoyo, utilizados por el 39% de la muestra, en donde el 60% pertenecen al área clínica. Los tratamientos reconstructivos son utilizados predominantemente por el 16.9% de la muestra, siendo los psicólogos pertenecientes al área clínica quienes más los aplican (61.5%).

TABLA NO. 8: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LIC.- ÁREA PREDOMINANTE DE SUBESPECIALIZACIÓN (VAR. 6) CON TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE EN SU TRABAJO DE INTERVENCIÓN (APOYO/ REEDUCATIVOS/ RECONSTRUCTIVOS/ OTROS) (VAR. 59).

		VAR 59: TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE			
VAR. 6: LIC.- ÁREA PREDOM. DE SUBESP.	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	DE APOYO	REEDUCATIVOS	RECONS- TRUCTIVOS	Total de línea
CLÍNICA		18	11	8	37
		48.6	29.7	21.6	48.1
		60.0	32.4	61.5	
		23.4	14.3	10.4	
EDUCATIVA		3	5	1	9
		33.3	55.6	11.1	11.7
		10.0	14.7	7.7	
		3.9	6.5	1.3	
SOCIAL		3	5	1	9
		33.3	55.6	11.1	11.7
		10.0	14.7	7.7	
		3.9	6.5	1.3	
GENERAL		6	13	3	22
		27.3	59.1	13.6	28.6
		20.0	38.2	23.1	
		7.8	16.9	3.9	
	Total de columna	30	34	13	77
		39.0	44.2	16.9	100.0

(9) *Técnicas de intervención que maneja (Var. 47) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los lugares donde los psicólogos adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan y las técnicas que manejan.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los lugares donde los psicólogos adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan y las técnicas que manejan.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.L.)= 32. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .00495.

Nivel de Significancia:	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	56.36389	>	46.2	Se acepta Hipótesis alterna.

En la Tabla No. 9 se observa que en el grupo de los psicólogos que manejan técnicas de apoyo, 2 de ellos (el 28.6%) adquirieron sus conocimientos sobre las mismas en el trabajo, 2 (28.6%) en cursos de actualización, 2 (28.6%) en 2 lugares, y 1 (el 14.3%) en la Licenciatura.

En el grupo de los psicólogos que manejan técnicas reeducativas, se observa que 7 (41.2%) obtuvieron sus conocimientos sobre las mismas en 2 lugares, 3 (17.6%) adquirieron sus conocimientos sobre las mismas en la Licenciatura, 2 (11.8%) en el trabajo, 1 (5.9%) en cursos particulares, 1 (5.9%) en los cursos de especialidad, 1 (5.9%) en la maestría, 1 (5.9%) en cursos de actualización, y 1 (5.9%) en 3 lugares.

En el grupo de psicólogos que manejan técnicas reconstructivas, 4 (44.4%) adquirieron sus conocimientos sobre las mismas en cursos particulares, 2 (22.2%) en los cursos de especialidad, 1 (11.1%) en tres lugares, 1 (11.1%) en 2 lugares y 1 (11.1%) en la Licenciatura.

En el grupo de psicólogos que manejan 2 tipos de técnicas, 19 (59.4%) adquirieron sus conocimientos sobre las mismas en dos lugares, 5 (15.6%) en tres lugares, 3 (9.4%) en la Licenciatura, 3 (9.4%) en cursos particulares, y 2 (6.3%) en el trabajo.

En el grupo de psicólogos que manejan tres tipos de técnicas, 3 (50%) adquirieron sus conocimientos sobre las mismas en dos lugares, 1 (16.7%) en más de 3 lugares, 1 (16.7%) en el trabajo, y 1 (16.7%) en cursos particulares.

Observando los mayores porcentajes dentro de la muestra en la combinación de estas variables, se observa que en el grupo de psicólogos que manejan técnicas de apoyo la mayoría adquirieron sus conocimientos sobre estas técnicas en el trabajo, en cursos de actualización y en dos lugares. Los que manejan técnicas reeducativas los adquirieron en 2 lugares. Los que manejan técnicas reconstructivas la mayoría los adquirieron en cursos particulares. Los que manejan 2 tipos de técnicas la mayoría adquirió sus conocimientos sobre las mismas en dos lugares, y los que manejan 3 tipos de técnicas adquirieron sus conocimientos sobre las mismas en dos lugares.

TABLA NO. 9: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 47) CON LUGAR DONDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 48).

VAR. 47: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA	Frecuencia Porc. Lín. Porc. Total	VAR. 48: LUGAR DONDE ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS					Total de línea
		EN LA LICENCIATURA	EN EL TRABAJO	EN CURSOS PARTICULARES	EN LOS CURSOS DE ESPECIALIDAD	EN LA MAESTRÍA	
DE APOYO		1 14.3 12.5 1.4	2 28.6 28.6 2.8	0	0	0	7 9.9
REEDUCATIVAS		3 17.6 37.5 4.2	2 11.8 28.6 2.8	1 5.9 11.1 1.4	1 5.9 33.3 1.4	1 5.9 100.0 1.4	17 23.9
RECONSTRUCTIVAS		1 11.1 12.5 1.4	0	4 44.4 44.4 5.6	2 22.2 66.7 2.8	0	9 12.7
DOS TIPOS DE TÉCNICAS		3 9.4 37.5 4.2	2 6.3 28.6 2.8	3 9.4 33.3 4.2	0	0	32 45.1
TRES TIPOS DE TÉCNICAS		0	1 16.7 14.3 1.4	1 16.7 11.1 1.4	0	0	6 8.5
	Total de columna	8 11.3	7 8.8	9 12.7	3 4.3	1 1.4	71 100.0

TABLA NO. 9: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 47) CON DÓNDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 48) (CONTINUACIÓN).

VAR. 47: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA	Frecuencia Porc. Lín. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 48: LUGAR DONDE ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS				Total de línea
		EN LOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	DOS OPCIONES	TRES OPCIONES	MÁS DE TRES OPCIONES	
DE APOYO		2	2	0	0	7
		28.6	28.6			9.9
		66.7	6.3			
		2.8	2.8			
REEDUCATIVAS		1	7	1	0	17
		5.9	41.2	5.9		23.9
		33.3	21.9	14.3		
		1.4	9.9	1.4		
RECONSTRUCTIVAS		0	1	1	0	9
			11.1	11.1		12.7
			3.1	14.3		
			1.4	1.4		
DOS TIPOS DE TÉCNICAS		0	19	5	0	32
			59.4	15.6		45.1
			59.4	71.4		
			26.8	7.0		
TRES TIPOS DE TÉCNICAS		0	3	0	1	6
			50.0		16.7	8.5
			9.4		100.0	
			4.2		1.4	
Total de columna		3	32	7	1	71
		4.2	45.1	9.9	1.4	100.0

Hipótesis Conceptual Principal #2: Si existe relación entre la opinión que un psicólogo clínico tiene sobre su formación académica y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Principales #2-. Son las que expresan la posible relación existente entre la opinión que un psicólogo clínico tiene acerca de su formación profesional y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional:

(10) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 4. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .08448.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	8.20211	<	9.49	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 10, de los psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para intervenir, 22 (el 46.8%) manejan 2 tipos de técnicas de intervención, 15 (el 31.9%) manejan técnicas reeducativas, 5 (el 10.6%) manejan técnicas reconstructivas, 3 (el 6.4%) manejan tres tipos de técnicas de intervención, y 2 (el 4.3%) manejan técnicas de apoyo.

De los psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para intervenir, 11 (el 36.7%) manejan dos tipos de técnicas de intervención, 7 (el 23.3%) manejan técnicas de apoyo, 5 (el 16.7%) manejan técnicas reeducativas, 4 (el 13.3%) manejan técnicas reconstructivas, y 3 (el 10%) manejan tres tipos de técnicas.

Tomando a la muestra en total en esta combinación de variables, se observa que el 28.6% (22 sujetos que opinaron que la Licenciatura sí los capacitó para intervenir) manejan dos tipos de técnicas, el 19.5% (15 sujetos que consideraron que sus estudios sí los capacitaron) manejan técnicas reeducativas, y el 14.3% (11 sujetos que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron) manejan 2 tipos de técnicas.

Se observó en ambas categorías (los que consideraron que sí los capacitaron y los que consideraron que no) que los psicólogos manejan 2 tipos de técnicas, siendo el 46.8% de los sujetos en el grupo de los que sí consideraron que la Licenciatura los capacitó, y el 36.7% en el grupo de los sujetos que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para intervenir.

TABLA NO. 10: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA - LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41) CON TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 47).

		VAR. 47: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA					
VAR. 41: LIC-LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	DE APOYO	REEDUCA- TIVAS	RECONS- TRUCTIVAS	DOS TIPOS DE TÉCNICAS	TRES TIPOS DE TÉCNICAS	Total de línea
SI		2 4.3 22.2 2.6	15 31.9 75.0 19.5	5 10.6 55.6 6.5	22 46.8 66.7 28.6	3 6.4 50.0 3.9	47 61.0
NO		7 23.3 77.8 9.1	5 16.7 25.0 6.5	4 13.3 44.4 5.2	11 36.7 33.3 14.3	3 10.0 50.0 3.9	30 39.0
	Total de columna	9 11.7	20 26.0	9 11.7	33 42.9	6 7.8	77 100.0

(11) *Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención aplicadas rutinariamente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención aplicadas rutinariamente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 2. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .24143

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	2.84231	<	5.99	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 11, en el grupo de psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para intervenir, 24 (el 51.1%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas, 15 (el 31.9%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo, y 8 (el 17%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

En el grupo de psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para intervenir, 15 (el 50%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo, 10 (el 33.3%) aplican rutinariamente técnicas reeducativas, y 5 (el 16.7%) aplican rutinariamente técnicas reconstructivas.

Tomando a la muestra en total, el 31.2% (24 sujetos en el grupo de los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó para intervenir) aplica rutinariamente técnicas reeducativas, mientras que el 19.5% en ambos grupos respectivamente (15 sujetos tanto en el grupo de los que consideraron que sus estudios de Licenciatura los capacitaron como en el de los que consideraron que no los capacitaron) aplican rutinariamente técnicas de apoyo, siendo estos los más altos porcentajes en esta combinación de variables.

Se observó que las técnicas menos aplicadas rutinariamente fueron las técnicas reconstructivas en ambos grupos, siendo el 17% (8 sujetos) en el grupo que consideró que la Licenciatura los capacitó para intervenir, y el 16.7% (5 sujetos) en el grupo de los que consideraron que la Licenciatura no los capacitó para intervenir.

TABLA NO. 11 : CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA - LO CAPACITO O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41) CON TECNICAS APLICADAS RUTINARIAMENTE (VAR. 50).

		VAR. 50: TECNICAS APLICADAS RUTINARIAMENTE			
		DE APOYO	REEDUCATIVAS	RECONSTRUCTIVAS	Total de línea
VAR. 41: LIC. - LO CAPACITO O NO PARA INTERVENIR	Frecuencia				
	Porc. Lin.				
	Porc. Col.				
	Porc. Total				
SI		15	24	8	47
		31.9	51.1	17.0	61.0
		50.0	70.6	61.5	
		19.5	31.2	10.4	
NO		15	10	5	30
		50.0	33.3	16.7	39.0
		50.0	29.4	38.5	
		19.5	13.0	6.5	
	Total de columna	30	34	13	77
		39.0	44.2	16.9	100.0

(12) *Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) utilizados predominantemente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) utilizados predominantemente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 2. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .24143

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	2.84231	<	5.99	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 12, en el grupo de psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para intervenir, 24 (el 51.1%) utilizan predominantemente en su trabajo de intervención tratamientos reeducativos, 15 (el 31.9%) tratamientos de apoyo, y 8 (el 17%) tratamientos reconstructivos.

En el grupo de psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para intervenir, 15 (el 50%) utilizan predominantemente en su trabajo de intervención tratamientos de apoyo, 10 (el 33.3%) tratamientos reeducativos, y 5 (el 16.7%) tratamientos reconstructivos.

Tomando a la muestra en total, el 31.2% (24 sujetos en el grupo de los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó para intervenir) utilizan predominantemente en su trabajo de intervención tratamientos reeducativos, mientras que el 19.5% en ambos grupos respectivamente (15 sujetos en el grupo de los que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron y 15 en el grupo de los que consideraron que no) utilizan predominantemente en su trabajo de intervención tratamientos de apoyo, siendo estos los más altos porcentajes en esta combinación de variables.

Se observó que los tipos de tratamientos que los psicólogos menos utilizan predominantemente en su trabajo de intervención fueron las técnicas reconstructivas en ambos grupos, siendo el 17% (8 sujetos) en el grupo que consideró que la Licenciatura los capacitó para intervenir, y el 16.7% (5 sujetos) en el grupo de los que consideraron que la Licenciatura no los capacitó para intervenir.

TABLA NO. 12 : CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41) CON TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE EN SU TRABAJO DE INTERVENCIÓN (APOYO/ REEDUCATIVOS/ RECONSTRUCTIVOS/ OTROS) (VAR. 59).

		VAR. 59: TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE			
		DE APOYO	REEDUCATIVOS	RECONSTRUCTIVOS	Total de línea
VAR. 41: LIC.- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR	Frecuencia				
	Porc. Lin.				
	Porc. Col.				
	Porc. Total				
SI		15 31.9	24 51.1	8 17.0	47 61.0
		50.0	70.6	61.5	
		19.5	31.2	10.4	
NO		15 50.0	10 33.3	5 16.7	30 39.0
		50.0	29.4	38.5	
		19.5	13.0	6.5	
	Total de columna	30 39.0	34 44.2	13 16.9	77 100.0

HIPÓTESIS SECUNDARIAS.

Hipótesis Conceptual Secundaria #1- Si existe relación entre la formación académica de un psicólogo clínico y la opinión que tiene sobre si sus estudios de Licenciatura lo capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Secundarias #1:

(13) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional en cuanto al lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional en cuanto al lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 8. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .19054.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	11.20160	<	15.51	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 13, se observa que en el grupo que considera que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, 22 psicólogos (52.4%)

adquirieron sus conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan en 2 lugares, 7 (el 16.7%) en la Licenciatura, 5 (11.9%) en cursos particulares, 4 (9.5%) en tres lugares 2 (4.8%) en el trabajo, 1 (2.4%) en cursos de especialización, y 1 (2.4%) en cursos de actualización.

En el grupo que considera que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, 10 (34.5%) adquirieron sus conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan en 2 lugares, 5 (17.2%) en el trabajo, 4 (13.8%) en cursos particulares, 3 (10.3%) en tres lugares, 2 (6.9%) en los cursos de actualización, 2 (6.9%) en los cursos de especialidad, 1 (3.4%) en la Licenciatura, 1 (3.4%) en la maestría, y 1 (3.4%) en más de 3 lugares.

Se observa que la mayoría de los psicólogos tanto en el grupo de los que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional como en el grupo que considera que sus estudios de licenciatura no los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan en dos lugares.

TABLA NO. 13 : CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41) CON LUGAR DONDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 48).

VAR. 41: LIC.- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR	Frecuencia Porc. Lín. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 48: LUGAR DONDE ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS.					Total de línea
		EN LA LICENCIATURA	EN EL TRABAJO	EN CURSOS PARTICULARES	EN LOS CURSOS DE ESPECIALIDAD	EN LA MAESTRÍA	
SI		7 16.7 87.5 9.9	2 4.8 28.6 2.8	5 11.9 55.6 7.0	1 2.4 33.3 1.4	0	42 59.2
NO		1 3.4 12.5 1.4	5 17.2 71.4 7.0	4 13.8 44.4 5.6	2 6.9 66.7 2.8	1 3.4 100.0 1.4	29 40.8
	Total de columna	8 11.3	7 9.9	9 12.7	3 4.2	1 1.4	71 100.0

TABLA NO. 13 : CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41) CON DÓNDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 48) (CONTINUACIÓN).

VAR. 41: LIC.- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR	Frecuencia Porc. Lín. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 48: LUGAR DONDE ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS.				Total de línea
		EN LOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	DOS OPCIONES	TRES OPCIONES	MÁS DE TRES OPCIONES	
SI		1 2.4 33.3 1.4	22 52.4 68.8 31.0	4 9.5 57.1 5.6	0	42 59.2
NO		2 6.9 66.7 2.8	10 34.5 31.3 14.1	3 10.3 42.9 4.2	1 3.4 100.0 1.4	29 40.8
	Total de columna	3 4.2	32 45.1	7 9.9	1 1.4	71 100.0

(14) *Licenciatura-escuela de procedencia (Var. 4) con Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41).*

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 4. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .09072.

<u>Nivel de Significancia :</u>	<u>Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):</u>	<u>Valor >ó< que:</u>	<u>Valor en Tablas:</u>	<u>Resultado:</u>
.05	8.02356	<	9.49	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 14, en el grupo de psicólogos que realizaron sus estudios de Licenciatura en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., 26 (61.9%) consideraron que sus estudio de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que 16 (38.1%) consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

En el grupo de psicólogos que realizaron sus estudios de Licenciatura en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la U.N.A.M., 7 (87.5%) consideraron que sus estudio de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que 1 (12.5%) consideró que sus estudios de Licenciatura no lo capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

En el grupo de psicólogos que realizaron sus estudios de Licenciatura en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la U.N.A.M., 10 (71.4%) consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que 4 (28.6%) consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

De los psicólogos que cursaron sus estudios de Licenciatura en la Universidad Autónoma Metropolitana, 3 (el 30%) consideraron que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, y 7 (el 70%) consideraron lo contrario.

En cuanto a los psicólogos provenientes de otras universidades particulares (Universidad del Valle de México, Universidad Iberoamericana y Universidad Femenina de México), 1 (el 33.3, provenientes de la Universidad Iberoamericana) consideró que sus estudios de Licenciatura lo capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que 2 (el 66.7%. provenientes de la Universidad del Valle de México y de la Universidad Femenina de México) consideró que no.

Como se puede observar, los psicólogos provenientes de planteles pertenecientes a la U.N.A.M. (Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, y Facultad de Estudios Superiores Zaragoza) consideraron en su mayoría que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en contraste con los psicólogos provenientes de la Universidad Autónoma Metropolitana y de otras universidades particulares, quienes en su mayoría opinaron lo contrario. Lo que llama la atención en cuanto a los planteles pertenecientes a la U.N.A.M., es que, en porcentaje, los provenientes de la Facultad de Psicología, a pesar de poder cursar (y de hecho el 81% cursó) una subespecialización clínica, se diferenciaron en cuanto a lo que afirman los provenientes de la E.N.E.P.-Iztacala y la F.E.S.-Zaragoza (cuyos planes de estudio no cuentan con la posibilidad de cursar una área de subespecialización clínica), en cuanto a los porcentajes de los que afirman que sus estudios de Licenciatura sí los capacitan para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional: los de la E.N.E.P.-Iztacala tuvieron el porcentaje más alto (87.5%), seguidos de la F.E.S.-Zaragoza (71.4%) y la Facultad de Psicología (61.9%). Los provenientes de la U.A.M. afirmaron en su mayoría (70%) que sus estudios no los capacitaron, debiéndose esto quizás a la inexistencia de una área clínica de subespecialización en su plan de estudios. También llama la atención que los provenientes de otras universidades particulares afirmen en su mayoría (el 66.7%) que la Licenciatura no los capacitó, proviniendo de planteles cuyos planes de estudio ofrecen la posibilidad (y de hecho todos cursaron) de una subespecialización clínica.

NOTA: Para conocer con más detalle las razones por las que los psicólogos de la muestra en conjunto consideraron o no que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, consultar la Tabla No. 10 del Apéndice D, en donde se describen estas razones en términos de frecuencias y porcentajes.

TABLA NO. 14: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA- ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON LICENCIATURA- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41).

VAR 4: LIC.- ESCUELA DE PROCED.	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 41: LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR.		
		SI	NO	Total de línea
FACULTAD DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.		26 61.9 55.3 33.8	16 38.1 53.3 20.8	42 54.5
E.N.E.P. IZTACALA		7 87.5 14.9 9.1	1 12.5 3.3 1.3	8 10.4
F.E.S. ZARAGOZA		10 71.4 21.3 13.0	4 28.6 13.3 5.2	14 18.2
U.A.M.		3 30.0 6.4 3.9	7 70.0 23.3 9.1	10 13.0
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		1 33.3 2.1 1.3	2 66.7 6.7 2.6	3 3.9
	Total de columna	47 61.0	30 39.0	77 100.0

(15) *Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Licenciatura- lo capacitó o no para intervenir (Var. 41).*

Hipótesis Nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis Alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 3. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .12453.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	5.74806	<	7.81	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla 15 se observa lo siguiente:

Área Clínica: 21 psicólogos (56.8%) consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que 16 (43.2%) consideraron que no.

Área Educativa: el 66.7% (6 psicólogos) consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que el 33.3% (3 psicólogos) consideraron que no.

Área Social: aquí ocurre lo opuesto que en el área educativa, ya que 3 (el 33.3%) consideraron que sí, mientras que 6 (66.6%) consideraron que no.

Área General: el 77.3% (17 psicólogos) consideraron que sí, mientras que el 22.7% (5 psicólogos) consideraron que no.

Se observa que, en el caso de los psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, 44.7% provienen del área clínica, 36.2% del área de psicología general, 12.8% del área del área educativa y 6.4% del área de psicología social. En el caso de los psicólogos que consideraron que no, 53.3% provienen del área clínica, 20% del área social, 16.7% del área general y 10% del área educativa. En su mayoría, todos los psicólogos de las diferentes áreas de subespecialización de Licenciatura (con excepción del área social) consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

TABLA NO. 15: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LIC.- ÁREA PREDOMINANTE DE SUBESPECIALIZACIÓN (VAR. 6) CON LICENCIATURA- LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41).

VAR. 6: LIC.- ÁREA PREDOM. DE SUBESP.	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 41: LO CAPACITÓ O NO PARA INTERVENIR.		
		SI	NO	Total de línea
CLÍNICA		21 56.8 44.7 27.3	16 43.2 53.3 20.8	37 48.1
EDUCATIVA		6 66.7 12.8 7.8	3 33.3 10.0 3.9	9 11.7
SOCIAL		3 33.3 6.4 3.9	6 66.7 20.0 7.8	9 11.7
GENERAL		17 77.3 36.2 22.1	5 22.7 16.7 6.5	22 28.6
	Total de columna	47 61.0	30 39.0	77 100.0

Hipótesis Conceptual Secundaria #2.- Si existirá relación entre la opinión que tienen sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #2:

(16) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Opinión sobre si existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de Psicología clínica en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención (Var. 45).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en cuanto a su opinión de que existan ó no diferencias de formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades ó escuelas en su preparación para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en cuanto a su opinión de que existan ó no diferencias de formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades ó escuelas en su preparación para utilizar técnicas de intervención.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g1.)= 4. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .71183.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	2.13017	<	9.49	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 16 se observa que, de los psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, 26 (el 55.3%) opinaron estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, 10 (21.3%) contestaron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, 9 (19.1%) contestaron estar de acuerdo, 1 (2.1) contestó estar en desacuerdo, y 1 (2.1%) contestó estar totalmente en desacuerdo.

En el grupo de los psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, 17 (el 60.7%) opinaron estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, 5 (el 17.9%) contestaron estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 (el 14.3%) contestaron estar de acuerdo, y 2 (el 7.1%) contestaron estar totalmente en desacuerdo.

Se observa que, en la muestra en general, el 57.3% de los psicólogos contestó estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, el 20% contestaron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, 17.3% contestaron estar de acuerdo, 4% contestaron estar totalmente en desacuerdo, y 1.3% contestaron estar en desacuerdo.

TABLA NO. 16 : CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA- LO CAPACITO O NO PARA INTERVENIR (VAR. 41) CON OPINIÓN SOBRE SI EXISTEN DIFERENCIAS EN LA FORMACION A NIVEL DE LICENCIATURA ENTRE LOS EGRESADOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN CUANTO A SU PREPARACIÓN PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN (VAR. 45).

VAR. 41: LIC. LO CAPACITO O NO PARA INTERVENIR	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Total	VAR. 45: OPINION SOBRE DIF. EN FORMACION EN TEC. INT. LIC. DIF. UNIV.					
		TOTALMEN TE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUE RDO	TOTALMEN TE EN DESACUER DO	Total de línea
SI		26 55.3 60.5 34.7	9 19.1 69.2 12.0	10 21.3 66.7 13.3	1 2.1 100.0 1.3	1 2.1 33.3 1.3	47 62.7
NO		17 60.7 39.5 22.7	4 14.3 30.8 5.3	5 17.9 33.3 6.7	0	2 7.1 66.7 2.7	28 37.3
	Total de columna	43 57.3	13 17.3	15 20.0	1 1.3	3 4.0	75 100.0

Hipótesis Conceptual Secundaria #3: Si existirá relación entre su formación académica y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #3:

(17) Licenciatura-escuela de procedencia (Var. 4) con Opinión sobre si existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de Psicología clínica en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención (Var. 45).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la opinión que tienen los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas, en cuanto a la existencia de diferencias de formación a nivel de Licenciatura en las diferentes universidades ó escuelas en la preparación de sus egresados para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en la opinión que tienen los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas, en cuanto a la existencia de diferencias de formación a nivel de Licenciatura en las diferentes universidades ó escuelas en la preparación de sus egresados para utilizar técnicas de intervención.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 16. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .66341.

Nivel de Significancia:	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	13.12758	<	26.3	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 17 puede verse que, de los egresados de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., 21 (el 50%) contestaron estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, 11 (26.2%) están de acuerdo, 7 (el 16.7%) no están de acuerdo ni en desacuerdo, 2 (4.8%) están totalmente en desacuerdo, y 1 (2.4%) está en desacuerdo.

E.N.E.P. Iztacala: 6 psicólogos (el 75%) contestaron estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, 1 (12.5%) contestó estar de acuerdo, mientras que 1 (12.5%) contestó estar ni de acuerdo ni en desacuerdo.

F.E.S. Zaragoza: 9 psicólogos (69.2%) contestaron estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, 2 (15.4 %) no están de acuerdo ni en desacuerdo, 1 (7.7%) está de acuerdo, y 1 (7.7%) está totalmente en desacuerdo.

U.A.M.: en este grupo, 6 psicólogos (66.7%) contestaron estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, mientras que 3 (33.3%) contestaron que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Otras universidades particulares: finalmente, en este grupo, 2 psicólogos (66.7%) contestaron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, mientras que 1 (33.3%) contestó estar totalmente de acuerdo.

Tomando a la muestra en su totalidad, se observa que, independientemente de su escuela de procedencia, el 57.3% están totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de psicología clínica de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención, el 20% no está de acuerdo ni en desacuerdo, el 17.3% está de acuerdo, el 4% está totalmente en desacuerdo, y el 1.3% está en desacuerdo.

NOTA: Para conocer con más detalle las razones por las que los psicólogos de la muestra en conjunto consideraron o no que existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de Psicología Clínica en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, consultar la Tabla No. 10 del Apéndice D, en donde se describen estas razones en términos de frecuencias y porcentajes.

TABLA NO. 17: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA-ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON OPINIÓN SOBRE SI EXISTEN DIFERENCIAS EN LA FORMACIÓN A NIVEL DE LICENCIATURA ENTRE LOS EGRESADOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN CUANTO A SU PREPARACIÓN PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN (VAR. 45).

VAR 4: LIC.- ESCUELA DE PROCED.	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 45: OPINION SOBRE DIF. EN FORMACION EN TEC. INT. LIC. DIF. UNIV.					Total de línea
		TOTAL- MENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO	
FACULTAD DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.		21	11	7	1	2	42
		50.0	26.2	16.7	2.4	4.8	56.0
		48.8	84.6	46.7	100.0	66.7	
E.N.E.P. IZTACALA		28.0	14.7	9.3	1.3	2.7	
		6	1	1	0	0	8
		75.0	12.5	12.5			10.7
F.E.S. ZARAGOZA		14.0	7.7	6.7			
		8.0	1.3	1.3			
		9	1	2	0	1	13
U.A.M.		69.2	7.7	15.4		7.7	17.3
		20.9	7.7	13.3		33.3	
		12.0	1.3	2.7		1.3	
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		6	0	3	0	0	9
		66.7		33.3			12.0
		14.0		20.0			
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		8.0		4.0			
		1	0	2	0	0	3
		33.3		66.7			4.0
Total de columna		2.3		13.3			
		1.3		2.7			
		43	13	15	1	3	75
	57.3	17.3	20.0	1.3	4.0	100.0	

Hipótesis Conceptual Secundaria #4.- Si existirá relación entre la escuela de procedencia de los psicólogos clínicos con el lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #4:

(18) Licenciatura-escuela de procedencia (Var. 4) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar ó lugares donde los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar ó lugares donde los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 32. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .06252.

Nivel de Significancia :	Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):	Valor >ó< que:	Valor en Tablas:	Resultado:
.05	45.07187	<	46.2	Se acepta Hipótesis nula.

En la Tabla No. 18 se observa que de los psicólogos provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., 21 (el 53.8%) adquirieron sus conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan en 2

lugares; 7 (el 17.9%) los adquirieron en cursos particulares; 4 (el 10.3%) en el trabajo; 3 (el 7.7%) en la Licenciatura; 2 (el 5.1%) en cursos de actualización; 1 (2.6%) en tres lugares, y 1 (2.6%) en más de tres lugares.

E.N.E.P.-Iztacala: 3 de los psicólogos (el 50%) adquirieron sus conocimientos en dos lugares; 2 (el 33.3%) en la Licenciatura; 1 (16.7%) en el trabajo.

F.E.S.-Zaragoza: 5 de los psicólogos (38.5%) adquirieron sus conocimientos en tres lugares; 3 (23.1%) en la Licenciatura; 3 (23.1%) en dos lugares; 2 (15.4%) en los cursos de especialidad.

U.A.M.: 4 (el 40%) adquirieron sus conocimientos en dos lugares; 1 (10%) en el trabajo; 1 (10%) en cursos particulares; 1 (10%) en los cursos de especialidad; 1 (10%) en la maestría; 1 (10%) en cursos de actualización; 1 (10%) en tres lugares.

Otras universidades particulares: 1 (33.3%) adquirió sus conocimientos en el trabajo; 1 (33.3%) en cursos particulares; 1 (33.3%) en dos lugares.

Se puede observar que la mayoría de los psicólogos de la muestra (el 45.1%) afirman que sus conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan los adquirieron en dos lugares, siendo los provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. los que obtuvieron el más alto porcentaje (65.6%). El 12.7% de la muestra adquirió sus conocimientos en cursos particulares. Llama la atención que sólo el 11.3% de la muestra (8 sujetos) haya afirmado que los conocimientos que adquirieron sobre las técnicas de intervención que manejan sólo los hayan adquirido en sus estudios de Licenciatura, ya que el 61% de la muestra indicó que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para manejar técnicas de intervención en su ejercicio profesional. Se puede pensar que, a pesar de que la mayoría afirma lo indicado anteriormente, toman cursos adicionales sobre técnicas de intervención en otros lugares, lo que puede indicar que la Licenciatura puede capacitarlos, pero tienen que complementar sus conocimientos con más estudios, ó que la Licenciatura no enseña otras técnicas necesarias, por lo que estudian más. El 9.9% de los psicólogos de la muestra adquirió sus conocimientos en el trabajo, lo que puede indicar que la necesidad al trabajar demanda a estos psicólogos a prepararse más con cursos en el trabajo ó que sobre la marcha aprendan más. Otro 9.9% adquirió sus conocimientos en tres lugares. El 4.2% en cursos de especialidad, llamando también la atención en esto ya que todas las especialidades trataban de preparación en técnicas de intervención. Otro 4.2% fue en cursos de actualización. Un 1.4% los adquirió en la maestría, y otro 1.4% en más de 3 lugares.

TABLA NO. 18 : CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA-ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON DONDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 48).

VAR 4: LIC.- ESCUELA DE PROCED.	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 48: LUGAR DONDE ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS					Total de línea
		EN LA LICENCIA- TURA	EN EL TRABAJO	EN CURSOS PARTICULARES	EN LOS CURSOS DE ESPECIAL- LIDAD	EN LA MAESTRÍA	
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.		3	4	7	0	0	39
		7.7	10.3	17.9			54.9
		37.5	57.1	77.8			
		4.2	5.6	9.9			
E.N.E.P. IZTACALA		2	1	0	0	0	6
		33.3	16.7				8.5
		25.0	14.3				
		2.8	1.4				
F.E.S. ZARAGOZA		3	0	0	2	0	13
		23.1			15.4		18.3
		37.5			66.7		
		4.2			2.8		
U.A.M.		0	1	1	1	1	10
			10.0	10.0	10.0	10.0	14.1
			14.3	11.1	33.3	100.0	
			1.4	1.4	1.4	1.4	
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		0	1	1	0	0	3
			33.3	33.3			4.2
			14.3	11.1			
			1.4	1.4			
	Total de columna	8 11.3	7 9.9	9 12.7	3 4.2	1 1.4	71 100.0

TABLA NO.18: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA-ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON DONDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA (VAR. 48). (CONT.).

VAR 4: LIC.- ESCUELA DE PROCED.	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 48: LUGAR DONDE ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS				Total de línea
		EN LOS CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	DOS OPCIONES	TRES OPCIONES	MÁS DE TRES OPCIONES	
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.		2	21	1	1	39
		5.1	53.8	2.6	2.6	54.9
		66.7	65.6	14.3	100.0	
		2.8	29.6	1.4	1.4	
E.N.E.P. IZTACALA		0	3	0	0	6
			50.0			8.5
			9.4			
			4.2			
F.E.S. ZARAGOZA		0	3	5	0	13
			23.1	38.5		18.3
			9.4	71.4		
			4.2	7.0		
U.A.M.		1	4	1	0	10
		10.0	40.0	10.0		14.1
		33.3	12.5	14.3		
		1.4	5.6	1.4		
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		0	1	0	0	3
			33.3			4.2
			3.1			
			1.4			
	Total de columna	3 4.2	32 45.1	7 9.9	1 1.4	71 100.0

Hipótesis Conceptual Secundaria #5: Si existirá relación entre la escuela de procedencia en Licenciatura de los psicólogos clínicos y el área predominante de subespecialización que cursaron en la Licenciatura.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #5:

(19) Licenciatura-escuela de procedencia (Var. 4) con Licenciatura-Área predominante de subespecialización (Var. 6).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al área de subespecialización cursada en Licenciatura por los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al área de subespecialización cursada en Licenciatura por los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Interpretación de chi-cuadrada:

Grados de Libertad (g.l.)= 12. Significancia Pearson (S.P.S.S.)= .00000.

<u>Nivel de Significancia :</u>	<u>Valor obtenido (Pearson) (S.P.S.S.):</u>	<u>Valor >ó< que:</u>	<u>Valor en Tablas:</u>	<u>Resultado:</u>
.05	114.93734	>	21.0	Se acepta Hipótesis alterna.

En la Tabla No. 19 se puede observar que treinta y cuatro psicólogos provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. (el 81%) tuvieron como área predominante de subespecialización al área clínica, 5 (11.9%) al área educativa, y 3 (7.1%) al área social.

Por lo que se refiere a la E.N.E.P.-Iztacala y a la F.E.S.-Zaragoza, como es lógico (por carecer de áreas de subespecialización en sus respectivos planes de estudio), todos tuvieron una formación general en psicología, siendo 8 (36.4%) de la E.N.E.P.-Iztacala y 14 (63.6%) de la F.E.S.-Zaragoza.

De los psicólogos provenientes de la U.A.M., 6 (el 60%) pertenecen al área social, y 4 (40%) al área educativa.

Los psicólogos provenientes de otras universidades particulares, el 100% (3 psicólogos) tuvieron al área clínica como predominante en sus estudios de Licenciatura.

Observando a la muestra en total, se observa que el 48% de los psicólogos pertenecen predominantemente al área clínica de subespecialización en Licenciatura, correspondiendo el 91.9% a la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y el 8.1% de otras universidades particulares. El 28.6% de la muestra tiene una formación general en psicología, perteneciendo a este grupo los psicólogos egresados de la F.E.S.-Zaragoza (un 63.6%) y de la E.N.E.P.-Iztacala (36.4%). Los pertenecientes al área educativa, 55.6% provienen de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y 44.4% provienen de la U.A.M. En el área social, 66.7% son egresados de la U.A.M., mientras que el restante 33.3% proviene de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Se observa que, en la muestra, la mayoría de los psicólogos que utilizan técnicas de intervención provienen, como era de esperarse, del área clínica de subespecialización en la Licenciatura. En segundo lugar, los egresados de la F.E.S.-Zaragoza y la E.N.E.P.-Iztacala, con una formación en psicología

general, también laboran utilizando técnicas de intervención, y en tercer lugar los provenientes de las áreas educativa y social. Esto puede indicar que, aunque no pertenezcan al área clínica, los psicólogos cuya área de subespecialización sea educativa ó social, ó con formación en psicología general también utilizan técnicas de intervención en su ejercicio profesional. El campo de trabajo en la intervención clínica no es exclusiva de los psicólogos clínicos.

TABLA NO. 19: CUADRO DE CONTINGENCIA PARA LA COMBINACIÓN DE LAS VARIABLES LICENCIATURA-ESCUELA DE PROCEDENCIA (VAR. 4) CON LIC.- ÁREA PREDOMINANTE DE SUBESPECIALIZACIÓN (VAR. 6).

VAR 4: LIC.- ESCUELA DE PROCED.	Frecuencia Porc. Lin. Porc. Col. Porc. Total	VAR. 6: LIC.- ÁREA PREDOMINANTE DE SUBESPECIALIZACIÓN.				Total de línea
		CLINICA	EDUCATIVA	SOCIAL	GENERAL	
FACULTAD DE PSICOLOGIA. U.N.A.M.		34	5	3	0	42
		81.0	11.9	7.1		54.5
		91.9	55.6	33.3		
E.N.E.P. IZTACALA		0	0	0	8	8
					100.0	10.4
					36.4	
F.E.S. ZARAGOZA		0	0	0	14	14
					100.0	18.2
					63.6	
U.A.M.		0	4	6	0	10
			40.0	60.0		13.0
			44.4	66.7		
OTRAS UNIVERSIDADES PARTIC.		3	0	0	0	3
		100.0				3.9
		8.1				
	3.9					
	Total de columna	37	9	9	22	77
		48.1	11.7	11.7	28.6	100.0

Los resultados en resumen de Chi-cuadrada en cuanto a la aceptación ó rechazo de Hipótesis se pueden ver en la Tabla No. 20:

TABLA NO. 20: CHI-CUADRADA. TABLA DE RESULTADOS RESUMIDOS. ACEPTACIÓN Ó RECHAZO DE HIPÓTESIS.

Hipó. No.	Var. Ind.	Var. Dep.	Significancia S.P.S.S.	g.l. S.P.S.S.	Valor Chi-Cuad. S.P.S.S.	>ó<	Valor de Chi-Cuad. Tablas (.05)	Aceptación de Hipótesis
1	4	47	.32833	16	17.92458	<	26.296	nula
2	4	50	.76672	8	4.91404	<	15.507	nula
3	4	59	.76672	8	4.91404	<	15.507	nula
4	87	47	.81666	20	14.26787	<	31.410	nula
5	87	50	.85446	10	5.51199	<	18.307	nula
6	87	59	.85446	10	5.51199	<	18.307	nula
7	6	47	.09775	12	18.63423	<	21.026	nula
8	6	59	.40348	6	6.17861	<	12.592	nula
9	47	48	.00495	32	56.36389	>	*46.2	*alterna
10	41	47	.08448	4	8.20211	<	9.488	nula
11	41	50	.24143	2	2.84231	<	5.991	nula
12	41	59	.24143	2	2.84231	<	5.991	nula
13	41	48	.19054	8	11.20160	<	15.507	nula
14	4	41	.09072	4	8.02356	<	9.488	nula
15	6	41	.12453	3	5.74806	<	7.815	nula
16	41	45	.71183	4	2.13017	<	9.488	nula
17	4	45	.66341	16	13.12758	<	26.296	nula
18	4	48	.06252	32	45.07187	<	*46.2	*nula
19	4	6	.00000	12	114.93734	>	21.026	alterna

*Calculado por "deducción" (sumar 1.2 al valor de g.l.=30, y g.l.=31, y se calcula valor de g.l.=32, con p=0.05).

CAPÍTULO VII:

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En este capítulo inicialmente se discuten los resultados de la presente investigación en términos de la interpretación que se deriva de la aceptación ó rechazo de Hipótesis del capítulo de resultados, así como lo que se infiere a partir de estos resultados. Posteriormente se sacan las conclusiones finales del estudio, a partir de la discusión de los resultados obtenidos. Para la discusión de los resultados, primero se presenta la discusión e interpretación de cada decisión de rechazar ó aceptar cada una de las Hipótesis (principales y secundarias) y las implicaciones derivadas. Después, se comparan los resultados con los obtenidos en investigaciones similares anteriores, complementándose con aspectos del marco teórico de la presente investigación. A partir de todo esto, se sacan las conclusiones de la investigación.

7.1 DISCUSIÓN.

En general, sólo dos Hipótesis (de trabajo ó estadísticas) alternas (números 9 y 19) fueron aceptadas. En las 17 restantes se aceptó la Hipótesis nula, por lo que no existieron diferencias estadísticamente significativas. Esto puede deberse al tamaño de la muestra (77 sujetos). En seguida, se describen las diferencias encontradas, aunque tomando con cierta reserva estas descripciones e inferencias, debido a lo que ya se mencionó. Pueden tomarse sólo como indicativas de lo que sucede en la realidad, ya que se trata de un estudio exploratorio.

HIPÓTESIS PRINCIPALES.

Hipótesis Conceptual Principal #1: Si existe relación entre la formación académica de un psicólogo clínico y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Principales #1-. Como Hipótesis de trabajo principales se tuvieron las que están relacionadas con la Hipótesis conceptual principal #1, o sea, las que expresan la posible relación existente entre la formación académica de un psicólogo clínico y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional, y son las siguientes:

(1) Licenciatura -escuela de procedencia (Variable 4) con Técnicas de intervención que maneja (Variable 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

En este caso se aceptó la hipótesis nula. Se observa que los provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y de la F.E.S. Zaragoza manejan principalmente dos tipos de técnicas, mientras que los provenientes de la E.N.E.P. Iztacala y de la U.A.M. manejan técnicas reeducativas, principalmente. Entre las otras universidades particulares se observa que manejan por igual técnicas reconstructivas, dos

tipos de técnicas y tres tipos de técnicas (1 sujeto en cada grupo, respectivamente). En general, se observa que la mayoría de los psicólogos manejan dos técnicas, seguidas por las reeducativas. Estas diferencias observadas, aunque no son estadísticamente significativas, pueden indicar que en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y en la F.E.S. Zaragoza la estructuración del curriculum académico permite a sus estudiantes que manejen al menos dos tipos de técnicas, y que en el caso de la E.N.E.P. Iztacala, al estar su curriculum académico más enfocado al manejo de técnicas conductuales, la mayoría de los egresados de esta escuela que estuvieron en esta muestra manifiesta manejar principalmente (el 62.5%) técnicas reeducativas. Con respecto a los egresados de la U.A.M. se observa que también manifestaron manejar principalmente técnicas reeducativas (el 40%). En este caso podría pensarse que, al carecer de un área de subespecialización clínica en esta universidad, se les ofrece una información en algunas técnicas de intervención, y la mayoría de los que participaron en esta muestra manifiesta manejar técnicas reeducativas principalmente. En el caso de las otras universidades particulares no pueden sacarse inferencias claras, debido a que sólo fueron tres sujetos en este caso, y no se observó una tendencia clara en manejo principal de algunas técnicas, sino que se dividieron en reconstructivas, dos tipos de técnicas y tres tipos de técnicas, con un caso en cada una. Sin hacer diferencias entre universidades y escuelas, se observa que los psicólogos de la muestra manejan principalmente dos tipos de técnicas (42.9% de la muestra), seguidas por las técnicas reeducativas (26%), de apoyo y reconstructivas (las dos con el mismo porcentaje del 11.7%), y por último, tres tipos de técnicas (el 7.8%). Llama la atención el que las técnicas de apoyo y las reconstructivas sean las menos manejadas. En el caso de las reconstructivas puede pensarse que al requerirse un entrenamiento más formal (por ser más complejas de manejarse) más que informativo, los egresados de las diferentes universidades sólo tengan información y realmente no las manejen a partir de la Licenciatura. Llama la atención también que las técnicas de apoyo sean manejadas poco, también, siendo las más sencillas de manejar y de dar información sobre ellas a nivel Licenciatura. El que las técnicas reeducativas sean las más manejadas se puede deber a que en la mayoría de las universidades son enseñadas técnicas conductuales y son las herramientas originadas en la Psicología como ciencia, y como la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. es la principal en definir los planes de estudios que son seguidos por la mayoría de las otras universidades, pues a esto se puede deber el que las técnicas reeducativas sean las más manejadas. En general se podría afirmar que las diferentes universidades permiten que sus egresados manejen dos tipos de técnicas, y en pocos casos (7.8% de la muestra) el que manejen tres tipos de técnicas. Sin embargo, no se puede saber si los que manejan dos ó más técnicas de intervención sea porque sólo lo aprendan en la Licenciatura ó porque hayan cursado otros estudios que se lo permitieron.

(2) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Se aceptó también la Hipótesis nula. Las técnicas de intervención más aplicadas rutinariamente por los psicólogos de la muestra son las reeducativas (44.2%), y las de apoyo (39%). Las técnicas reconstructivas son aplicadas rutinariamente por sólo el 16.7% de la muestra. Los de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y de la U.A.M. principalmente aplican rutinariamente técnicas de apoyo (el 45.2% y el 40%, respectivamente), los de la E.N.E.P. Iztacala y de la F.E.S. Zaragoza principalmente aplican rutinariamente técnicas reeducativas (el 75% y el 50% respectivamente). En el caso de las otras universidades particulares quedaron divididos los tres casos en un caso por grupo en el manejo de técnicas de apoyo, reeducativas y reconstructivas (33.3% respectivamente). Como se puede observar, las técnicas de apoyo y las reeducativas son las más aplicadas rutinariamente en esta muestra, pudiéndose pensar que es debido a que la mayoría trabaja en instituciones (42.9%) ó de forma institucional y particular (45.5%), y debido a que estas técnicas son más fáciles de aplicar por su corta duración, metas más definidas y a corto plazo, y que requieren de menor preparación y entrenamiento para ser aplicadas. Las técnicas reconstructivas, al necesitarse para su aplicación de un tratamiento largo y de un mayor entrenamiento, son menos aplicadas, pudiendo pensarse que son aplicadas principalmente en trabajo particular, ya que en las instituciones se requiere el atender a un mayor número de personas por menor tiempo para que más población tenga acceso al servicio. Según sea la institución donde trabajen, será el tipo de técnica aplicada rutinariamente. Se observó que la gran mayoría de los egresados de la E.N.E.P. Iztacala y de la F.E.S. Zaragoza trabajan en reclusorios, y en este tipo de instituciones se utilizan principalmente técnicas cognitivo-conductuales, por eso la mayoría de los egresados de estas dos escuelas aplican técnicas reeducativas. A pesar de como se vio en la Hipótesis #1, que la mayoría de los sujetos de la muestra (independientemente de la universidad de procedencia) manejan principalmente dos tipos de técnicas, aplican rutinariamente aquella que se requiera en la institución donde laboren.

(3) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Se aceptó también la Hipótesis nula. La interpretación de esta Hipótesis es similar a la anterior, ya que se obtuvieron las mismas frecuencias y porcentajes. Los tipos de tratamientos más utilizados predominantemente por los psicólogos de la muestra son los reeducativos (44.2%), y los de apoyo (39%). Los tratamientos reconstructivos son utilizados predominantemente por sólo el 16.7% de la muestra. Los de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y de la U.A.M. principalmente utilizan predominantemente tratamientos de apoyo (el 45.2% y el 40%, respectivamente), los de la E.N.E.P. Iztacala, los de la F.E.S. Zaragoza y los de la U.A.M. principalmente utilizan predominantemente tratamientos reeducativos (el 75% , el 50% y el 40% respectivamente). En el caso de las otras universidades particulares quedaron divididos los tres casos en un caso por grupo en la utilización predominante de tratamientos de apoyo, reeducativos y reconstructivos (33.3% respectivamente). Como se puede observar, los tratamientos de apoyo y los reeducativos son los más utilizados en esta muestra, pudiéndose pensar que es debido a que la mayoría trabaja en instituciones ó de forma institucional y particular, y debido a que estos tipos de tratamiento son más fáciles de utilizar por su corta duración, metas más definidas y a corto plazo, y que requieren de menor preparación y entrenamiento para ser utilizados. Los tratamientos reconstructivos, al necesitarse para su utilización de un tratamiento largo y de un mayor entrenamiento, son menos utilizados, pudiendo pensarse que son utilizados principalmente en trabajo particular, ya que en las instituciones se requiere el atender a un mayor número de personas por menor tiempo para que más población tenga acceso al servicio. Según sea la institución donde trabajen, será el tipo de tratamiento utilizado predominantemente. Se observó que la gran mayoría de los egresados de la E.N.E.P. Iztacala y de la F.E.S. Zaragoza trabajan en reclusorios, y en este tipo de instituciones se utilizan predominantemente tratamientos cognitivo-conductuales, por eso la mayoría de los egresados de estas dos escuelas utilizan tratamientos reeducativos. A pesar de como se vio en la Hipótesis #1, que la mayoría de los sujetos de la muestra (independientemente de la universidad de procedencia) maneja dos tipos de técnicas, utilizan predominantemente aquel que se requiera en la institución donde laboren.

(4) Grado Académico (Var. 87) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

De nuevo se aceptó la Hipótesis nula. Se observa que independientemente del grado académico, en general los psicólogos de esta muestra maneja dos tipos de técnicas, implicando esto que pocos se especializan en manejar sólo un tipo de técnica. En el caso específico de aquellos psicólogos con estudios de especialización se podría pensar que se especializan más en manejo de técnicas específicas, tales como las reeducativas, y reconstructivas (28.6% respectivamente), al igual que los que tienen estudios de especialidad conjuntamente con cursos de actualización, quienes manejan más específicamente técnicas de apoyo (50%). Podría pensarse que, al estar los cursos de especialización más enfocados al manejo de técnicas específicas de intervención, quienes hayan cursado estos estudios serán más especializados en el manejo de técnicas de intervención específicas. Al estar más enfocados los estudios de maestría hacia la preparación de profesores e investigadores, los psicólogos con estos estudios manejarán al menos dos tipos de técnicas. Y como los cursos de doctorado están más enfocados a preparar investigadores, también los psicólogos que tienen estos estudios manejarán al menos dos tipos de técnicas. Sería de esperarse que a mayor grado académico, mayor especialización en el manejo de alguna técnica en especial, pero no es el caso como ya se explicó con los estudios de maestría y doctorado. En Licenciatura se tiene una información (no entrenamiento formal) general en el manejo de al menos dos tipos de técnicas, por ser una formación más completa en diversos aspectos de la psicología y del área clínica y no un entrenamiento formal en manejo de técnicas de intervención específicas. Las especializaciones ofrecen un entrenamiento más formal y más diferenciado de alguna técnica en particular, según sea el tipo de especialización cursado. De nuevo, se observa que independientemente del grado académico, son más manejadas las técnicas reeducativas y de apoyo que las reconstructivas, pudiendo pensarse que estas últimas requieren mayor grado académico para ser entrenados en diferentes instituciones abocadas exclusivamente en el formar psicoterapeutas en alguna técnica reconstructiva en particular, muchas veces pudiendo acceder a las mismas aquellos psicólogos que tengan estudios de especialización ó superiores, y muy pocos con nivel Licenciatura únicamente. Como la mayoría de los psicólogos de la muestra tiene al menos el nivel de pasantes en psicología o ya son titulados, pocos manejan realmente las técnicas reconstructivas.

(5) Grado Académico (Var. 87) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención utilizadas rutinariamente por psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Se aceptó la Hipótesis nula. Independientemente del grado académico, la mayoría de los psicólogos aplican rutinariamente técnicas reeducativas (44.2%) ó de apoyo (39%), quedando en última instancia la aplicación rutinaria de técnicas reconstructivas (16.9%). Los psicólogos con únicamente estudios de Licenciatura, con Licenciatura y cursos de actualización y con estudios de especialización aplican rutinariamente las técnicas reeducativas (43.5%, 51.6%, +2.9%, respectivamente). Los psicólogos con cursos de especialización y cursos de actualización aplican por igual técnicas reeducativas y de apoyo (50% respectivamente). Los psicólogos con maestría (46.2%) y doctorado (100%) aplican rutinariamente técnicas de apoyo. Como se indicó anteriormente, al trabajar la mayoría de los psicólogos de la muestra de forma institucional ó de forma institucional y particular, aplican rutinariamente técnicas reeducativas y de apoyo, por las razones anteriormente mencionadas. Era de esperarse, de nuevo, que a mayor grado académico más aplicación rutinaria de técnicas de mayor complejidad, pero se observó lo inverso, pudiéndose pensar que los psicólogos al trabajar más a nivel institucional utilizan (independientemente de su grado académico) más rutinariamente las técnicas que demande la institución para la que trabajan. Independientemente del grado académico, los psicólogos de la muestra manejan y aplican rutinariamente técnicas reeducativas y de apoyo. Sólo el 13% de la muestra tiene estudios de especialidad, sólo el 18.2% tiene estudios de maestría, y sólo 1.3% tiene estudios de doctorado. Por lo tanto, la mayoría son Licenciados ó pasantes, trabajan más en instituciones ó de forma particular e institucional y en su mayoría aplican rutinariamente técnicas reeducativas y de apoyo.

(6) Grado Académico (Var. 87) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos clínicos que tienen diferentes grados académicos.

También en este caso se acepta la Hipótesis nula. La interpretación de esta Hipótesis es similar a la anterior (Hipótesis # 5), ya que se obtuvieron las mismas frecuencias y porcentajes. De nuevo se observa que, independientemente del grado académico, la mayoría de los psicólogos utiliza predominantemente tratamientos reeducativos (44.2%) ó de apoyo (39%), quedando en última instancia la utilización predominante de tratamientos reconstructivos (16.9%). Los psicólogos con únicamente estudios de

Licenciatura, con Licenciatura y cursos de actualización y con estudios de especialización utilizan predominantemente los tratamientos reeducativos (43.5%, 51.6%, 42.9%, respectivamente). Los psicólogos con cursos de especialización y cursos de actualización utilizan por igual tratamientos reeducativos y de apoyo (50% respectivamente). Los psicólogos con maestría (46.2%) y doctorado (100%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo. Como se indicó anteriormente, al trabajar la mayoría de los psicólogos de la muestra de forma institucional ó de forma institucional y particular, utilizan predominantemente tratamientos reeducativos y de apoyo, por las razones anteriormente mencionadas. Era de esperarse, de nuevo, que a mayor grado académico más utilización de tratamientos de mayor complejidad, pero se observó lo inverso, pudiéndose pensar que los psicólogos al trabajar más a nivel institucional utilizan (independientemente de su grado académico) predominantemente los tratamientos que demande la institución para la que trabajan. Independientemente del grado académico, los psicólogos de la muestra utilizan predominantemente tratamientos reeducativos y de apoyo.

Sólo el 13% de la muestra tiene estudios de especialidad, sólo el 18.2% tiene estudios de maestría, y sólo 1.3% tiene estudios de doctorado. Por lo tanto, la mayoría son Licenciados ó pasantes, trabajan más en instituciones ó de forma particular e institucional y en su mayoría utilizan predominantemente tratamientos reeducativos y de apoyo.

(7) Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Se acepta la Hipótesis nula. Independientemente del área de subespecialización cursada en la Licenciatura, el 42.9% de la muestra maneja dos tipos de técnicas y el 26% de la muestra maneja técnicas reeducativas. El 11.7% de la muestra manejan técnicas de apoyo ó reconstructivas, y sólo el 7.8% maneja tres tipos de técnicas, en este caso siendo en su mayoría los del área clínica(83.3%). Era de esperarse que existieran diferencias significativas en la cantidad de técnicas manejadas entre los egresados de diferentes áreas, esperándose que los del área clínica fueran significativamente diferentes en el manejo de más variedad de técnicas, debido a que por cursar un área donde se especializan (supuestamente) en el manejo de técnicas de intervención, fueran significativamente diferentes a las demás áreas, pero no es así. Sin embargo, como ya se mencionó, estos resultados hay que tomarlos con reserva, como indicadores, ya que la muestra es reducida (77 sujetos, de los cuales el 48.1% cursó el área clínica, 11.7% cursaron las áreas educativa ó social y 28.6% provienen de planteles sin áreas específicas). Sin embargo, en el manejo de dos técnicas, que es el porcentaje más alto de las técnicas manejadas por toda la muestra, los psicólogos clínicos tienen el mayor

porcentaje (57.6%). En manejo de técnicas reeducativas, de nuevo los provenientes de planteles sin áreas específicas de subespecialización (F.E.S. Zaragoza y E.N.E.P. Iztacala) obtuvieron el mayor porcentaje del manejo de estas técnicas (conductuales ó cognitivo conductuales en su mayoría), obteniendo los de estos planteles un 45%. Los del área clínica tienen mayores porcentajes en el manejo de todas las categorías de técnicas, con excepción de las reeducativas, que como ya se dijo, son manejadas más por los del área general de la psicología. El que los clínicos manifiesten manejo de más variedad de técnicas era lo que debería esperarse, pero no existen diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes áreas. Además, en su mayoría los psicólogos de la muestra cursaron el área clínica. Llama la atención el hecho que de los del área clínica son casi en su mayoría (con excepción de tres casos de las otras universidades particulares) provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y que todos los del área general son también egresados de planteles de la U.N.A.M. (F.E.S. Zaragoza y E.N.E.P. Iztacala), y todos ellos reportaron un mayor manejo en dos técnicas en comparación con los de las áreas social y educativa, que además de que algunos de estas áreas provienen de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., también provienen de la U.A.M. Los del área educativa reportaron manejar (más que los de las áreas clínica y social) únicamente técnicas reeducativas (25%). Los del área social reportaron manejar más que los de las áreas general y educativa pero menos que los clínicos, las técnicas de apoyo. Hay que tomar en cuenta que la mayoría de los sujetos de la muestra proviene del área clínica ó general, y que los de las áreas educativa y social pudieron no estar bien representados por ser minoría. Si la muestra hubiera sido más grande, probablemente podría haberse hecho inferencias mejores y estadísticamente significativas.

(8) Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos de diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos) utilizados predominantemente por los psicólogos de diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura.

Se acepta la Hipótesis nula. Los tratamientos más utilizados fueron los reeducativos, utilizados por el 44.2% de la muestra, siendo los del área general (provenientes de E.N.E.P. Iztacala y F.E.S. Zaragoza) los que más los utilizan (38.2%), seguidos por los del área clínica (32.4%) y los de las áreas educativa y social (14.7% respectivamente). Los del área clínica, casi la mitad (48.6%) utilizan predominantemente tratamientos de apoyo, el 29.7% utiliza predominantemente tratamientos reeducativos y el 21.6% utiliza predominantemente tratamientos reconstructivos. En las áreas educativa y social (iguales porcentajes), más de la mitad utilizan predominantemente tratamientos reeducativos (55.6%), seguidos por los de apoyo (33.3%) y reconstructivos (11.1%). Los del área general, más de la mitad (59.1%) utilizan predominantemente tratamientos reeducativos (en este caso, conductuales ó cognitivo-conductuales), 27.3%

utiliza predominantemente tratamientos de apoyo y el 13.6% tratamientos reconstructivos. Los del área clínica utilizan predominantemente más que los de otras áreas tratamientos de apoyo (el 60% de los que utilizan tratamientos de apoyo). Los del área general utilizan predominantemente más que los de otras áreas tratamientos reeducativos (38.2%). Los de las áreas educativa y social no utilizaron predominantemente un tipo de tratamiento específico más que los de las áreas clínica y general. Se puede afirmar (con ciertas reservas por no haber diferencias estadísticamente significativas) que los tratamientos predominantemente más utilizados son los reeducativos y los de apoyo, sobresaliendo en su utilización predominante los del área general en reeducativos y los del área clínica en tratamientos de apoyo y reconstructivos. Los de las áreas educativa y social no sobresalen en la utilización más predominante de una técnica específica, aunque utilizan predominantemente tratamientos reeducativos y de apoyo, en ese orden. Los tratamientos reconstructivos son utilizados con menos frecuencia en todas las áreas, pero en su utilización predominante sobresalen los del área clínica, ya que el 61.5% de la muestra que utilizan estos tratamientos predominantemente, pertenecen al área clínica. De nuevo, hay que hacer notar que la mayoría de la muestra proviene del área clínica y del área general, y que los de las áreas educativa y social pueden no estar bien representados. Pero puede pensarse que los que más trabajan en el área de intervención clínica provienen de las áreas clínica y general en ese orden, y que los que más trabajan institucionalmente ó de forma particular e institucional son los provenientes de los diferentes planteles de la U.N.A.M. (Facultad de Psicología, E.N.E.P. Iztacala y F.E.S. Zaragoza, en ese orden), según lo observado en esta muestra. Los provenientes de otras escuelas particulares en esta muestra son sólo 3 (además de los provenientes de la U.A.M.). ¿Podría pensarse que los egresados de otras universidades particulares tienden a trabajar más en instituciones privadas y/o de forma particular? No puede asegurarse esto por lo reducido de la muestra. Los del área clínica utilizan predominantemente más que los de otras áreas los tratamientos de apoyo y los reconstructivos (60% y 61.5%, respectivamente), pero no los reeducativos, que son utilizados predominantemente más por los del área general (38.2%), seguidos por los del área clínica (32.4%). Como era de esperarse, los del área clínica utilizan predominantemente (pero no significativamente) dos tratamientos: apoyo y reconstructivos, en comparación con los de las otras áreas, quienes utilizan predominantemente en conjunto (pero no significativamente) los tratamientos reeducativos. Podría afirmarse con ciertas reservas que los psicólogos, independientemente del área de procedencia, utilizan predominantemente en su trabajo los tratamientos reeducativos, de apoyo y reconstructivos, en ese orden, dependiendo de dónde trabajen (de forma institucional, particular, ó de ambas formas).

(9) Técnicas de intervención que maneja (Var. 47) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los lugares donde los psicólogos adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan y las técnicas que manejan.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas entre los lugares donde los psicólogos adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan y las técnicas que manejan.

En este caso, se aceptó la Hipótesis alterna, por lo que estos datos son estadísticamente significativos y se puede estar más seguro de los resultados obtenidos y de su interpretación e inferencias. A pesar de que el 61% de los psicólogos encuestados (ver Tabla No. 10 del Apéndice D) consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en este cruce de variables puede verse que realmente consideraron que la Licenciatura contribuye parcialmente a que consideren que sí están capacitados para utilizar técnicas de intervención. Se observa que, además de sus estudios de Licenciatura, citaron diversas opciones adicionales donde afirman haber recibido capacitación. Los psicólogos que manejan técnicas de apoyo el 28.6% adquirieron los conocimientos sobre las mismas en el trabajo, el 28.6% en los cursos de actualización, y el 28.6% en dos lugares. Los que manejan técnicas reeducativas el 41.2% adquirieron los conocimientos sobre las mismas en dos lugares, el 17.6% en la Licenciatura, el 11.3% en el trabajo, y 5.9% respectivamente en cursos particulares, los cursos de especialidad, en la maestría, en cursos de actualización y en 3 lugares. Los que manejan técnicas reconstructivas el 44.4% adquirieron los conocimientos sobre las mismas en cursos particulares, el 22.2% en los cursos de especialidad, y el 11.1% respectivamente en tres lugares, en dos lugares y en la Licenciatura. Los que manejan dos tipos de técnicas el 59.4% adquirieron los conocimientos sobre las mismas en dos lugares, 15.6% en tres lugares, 9.4% en la Licenciatura y en cursos particulares, respectivamente, y 6.3% en el trabajo. Los que manejan tres tipos de técnicas, el 50% adquirió los conocimientos sobre las mismas en dos lugares, y 16.7% respectivamente en más de tres lugares, en el trabajo y en cursos particulares. Los que manejan técnicas de apoyo, la mayoría adquirió sus conocimientos sobre las mismas en el trabajo, en cursos de actualización y en dos lugares. Los que manejan técnicas reeducativas la mayoría adquirió sus conocimientos en dos lugares, lo mismo que los que manejan dos tipos de técnicas y tres tipos de técnicas. Los que manejan técnicas reconstructivas la mayoría adquirieron los conocimientos sobre las mismas en cursos particulares. Sólo el 11.3% de la muestra afirmó adquirir los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan en la Licenciatura, únicamente, correspondiendo el 37.5% a dos tipos de técnicas y a las reeducativas, respectivamente, seguidas por las técnicas de apoyo y las reconstructivas, con un 12.5%, respectivamente. Ninguno afirmó adquirir sus conocimientos sobre tres técnicas en la Licenciatura solamente. Los lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan quedaron divididos de la siguiente manera:

en dos lugares el 45.1% de la muestra; en cursos particulares, el 12.7%; en la Licenciatura, el 11.3%; en tres lugares, el 9.9%; en el trabajo, el 8.8%; en los cursos de especialidad, el 4.3%; en los cursos de actualización, el 4.2%; en la maestría, el 1.4%; en más de tres opciones, el 1.4%. Como puede verse, la Licenciatura por sí misma queda en tercer lugar en donde los psicólogos clínicos de esta muestra adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan. Se puede afirmar que la mayoría de los psicólogos que manejan técnicas de intervención adquieren parcialmente los conocimientos sobre las mismas en la Licenciatura, y que la mayoría adquiere sus conocimientos al menos en dos lugares diferentes, pudiendo estar ó no considerada la Licenciatura entre estos dos lugares. La Licenciatura contribuyó a que los psicólogos de esta muestra principalmente manejen dos tipos de técnicas y también técnicas reeducativas solas, contribuyendo secundariamente a la adquisición de conocimientos en manejo de técnicas de apoyo y reconstructivas, y de ninguna forma al manejo de tres tipos de técnicas.

Hipótesis Conceptual Principal #2: Si existe relación entre la opinión que un psicólogo clínico tiene sobre su formación académica y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Principales #2- Son las que expresan la posible relación existente entre la opinión que un psicólogo clínico tiene acerca de su formación profesional y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional:

(10) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Técnicas de Intervención que maneja (Var. 47).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención que manejan los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Se acepta la Hipótesis nula. Los datos indican que, independientemente de que los psicólogos consideren ó no que la Licenciatura los capacita para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, ambos grupos manifestaron manejar dos tipos de técnicas (el 42.9% de la muestra), siendo mayor en el grupo de los que contestaron que sí (66.7%) que los que contestaron que no (el 33.3%), observándose que el doble de los que contestaron que sí con respecto a los que contestaron que no. Las diferencias no son significativas y sólo indican cómo se distribuyeron los porcentajes en esta muestra. Las técnicas de apoyo son manejadas en una proporción de más de 3 por 1 por los que opinaron que no (77.8%) respecto a los que opinaron que sí (22.2%). Las reeducativas son utilizadas en una proporción de 3 a 1 por los que opinaron que sí (75%) con respecto a los que opinaron que no (25%). Las reconstructivas son más utilizadas por los que consideraron que sí (55.6%) con respecto a los que consideraron que no (44.4%). En el manejo de tres técnicas, quedaron en igual porcentaje ambos grupos (50%). Los que contestaron que sí manifestaron manejar en mayor porcentaje dos tipos de técnicas, técnicas reeducativas y reconstructivas,

pero no en el de manejo de técnicas de apoyo, donde los que consideraron que no obtuvieron un mayor porcentaje. Ambos grupos consideraron por igual el manejar tres tipos de técnicas. Se puede pensar que los que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para manejar técnicas de intervención en su ejercicio profesional manejan una mayor variedad de técnicas de intervención en contraste con los que consideraron lo contrario, siendo en este grupo mayor la cantidad de sujetos que manejan técnicas de apoyo. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas. Los que consideraron que sí en primer lugar manejan dos tipos de técnicas, seguidas en ese orden por el manejo de reeducativas, reconstructivas, tres tipos de técnicas, y técnicas de apoyo. Los que consideraron que no, principalmente manejan dos tipos de técnicas, seguidas en ese orden por las de apoyo, las reeducativas, las reconstructivas y tres tipos de técnicas.

(11) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Técnicas aplicadas rutinariamente (Var. 50).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención aplicadas rutinariamente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las técnicas de intervención aplicadas rutinariamente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Se acepta la Hipótesis nula. Las técnicas reeducativas son aplicadas rutinariamente por más de la mitad de los psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que las técnicas de apoyo son aplicadas por la mitad de los que consideraron que no, siendo estas técnicas, respectivamente, las más aplicadas rutinariamente en cada grupo. En el grupo de los que consideraron que sí, las técnicas de apoyo son aplicadas rutinariamente por el 31.9% de los encuestados. Las técnicas reeducativas son aplicadas rutinariamente por el 33.3% de los que consideraron que no. Es decir, las técnicas reeducativas son más aplicadas rutinariamente por los que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar las técnicas de intervención en su ejercicio profesional en comparación con los que consideran que no. En cambio, en la aplicación rutinaria de técnicas de apoyo ambos grupos tiene el mismo porcentaje (50%). Pero las técnicas reconstructivas son las menos aplicadas rutinariamente en ambos grupos, aplicándolas más los que consideraron que sí. Se puede pensar (con ciertas reservas) que los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó aplican rutinariamente (en su mayoría) técnicas de mayor complejidad (reeducativas y reconstructivas) que los que consideraron que no (técnicas de apoyo). Sin embargo, ambos grupos aplican rutinariamente con menos frecuencia las técnicas reconstructivas, quizás pensando que para su aplicación se requieren más estudios y entrenamiento para su mejor aplicación, ó que ambos grupos laboran en instituciones donde se aplican más los otros dos tipos de técnicas, ó que estas técnicas son más de su agrado. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

(12) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Tipo de tratamientos utilizados predominantemente en su trabajo de intervención (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) (Var. 59).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) utilizados predominantemente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó o no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamientos (apoyo/reeducativos/reconstructivos/otros) utilizados predominantemente por los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó o no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Se acepta la Hipótesis nula. La interpretación de esta Hipótesis es similar a la Hipótesis #11 por haberse obtenido las mismas frecuencias y porcentajes. Los tratamientos reeducativos son utilizados predominantemente por más de la mitad de los psicólogos que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, mientras que los tratamientos de apoyo son utilizados predominantemente por la mitad de los que consideraron que no, siendo estos tratamientos, respectivamente, los más predominantemente utilizados en cada grupo. En el grupo de los que consideraron que sí, los tratamientos de apoyo son utilizados predominantemente por el 31.9% de los encuestados. Los tratamientos reeducativos son utilizados predominantemente por el 33.3% de los que consideraron que no. Es decir, los tratamientos reeducativos son más predominantemente utilizados por los que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar las técnicas de intervención en su ejercicio profesional en comparación con los que consideran que no. En cambio, en la utilización predominante de tratamientos de apoyo ambos grupos tiene el mismo porcentaje (50%). Pero los tratamientos reconstructivos son los menos predominantemente utilizados en ambos grupos, utilizándolos más los que consideraron que sí. Se puede pensar (con ciertas reservas) que los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó utilizan predominantemente (en su mayoría) tratamientos de mayor complejidad (reeducativos y reconstructivos) que los que consideraron que no (tratamientos de apoyo). Sin embargo, ambos grupos utilizan predominantemente con menos frecuencia los tratamientos reconstructivos, quizás pensando que para su utilización se requieren más estudios y entrenamiento para su mejor utilización, ó que ambos grupos laboran en instituciones donde se utilizan más los otros dos tipos de tratamientos, ó que estos tipos de tratamientos son más de su agrado. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

HIPÓTESIS SECUNDARIAS.

Hipótesis Conceptual Secundaria #1- Si existe relación entre la formación académica de un psicólogo clínico y la opinión que tiene sobre si sus estudios de Licenciatura lo capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadísticas) Secundarias #1:

(13) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional en cuanto al lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional en cuanto al lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

De nuevo se acepta la Hipótesis nula. Ambos grupos en su mayoría afirmaron haber adquirido los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan principalmente en dos lugares. Llama la atención que este porcentaje sea mayor en los que sí consideraron que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional (52.4%) y que sólo el 16.7% de este grupo considerara a la Licenciatura como el único lugar donde adquirieron sus conocimientos. Habiendo afirmado que la Licenciatura sí los capacitó se hubiera esperado un mayor porcentaje en considerar a la Licenciatura como el lugar donde adquirieron sus conocimientos. Puede pensarse que en este grupo los sujetos consideran que la Licenciatura sí los capacita, pero de forma parcial, y que hay que recurrir a otros lugares para adquirir conocimientos más sólidos sobre el manejo de técnicas de intervención. Sin embargo, puede considerarse que en los dos lugares que citan donde adquirieron los conocimientos podría o no estar incluida la Licenciatura, por lo que quizás se contradicieran con su respuesta inicial de que la Licenciatura sí los capacitó. Pero esto no queda muy claro. Los que consideraron que no distribuyen sus respuestas en nueve categorías de respuesta, en comparación que los que consideraron que sí, quienes lo hacen en 7 categorías. Puede pensarse que los que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional recurran a más lugares para adquirir conocimientos en manejo de técnicas de intervención. El trabajo ocupa el segundo lugar entre los lugares citados por este grupo, pudiendo pensarse que los psicólogos de este grupo aprenden "sobre la marcha" el manejo de técnicas de intervención, ó que en el mismo lugar de trabajo se les capacita, ó que a la hora de pedir el trabajo dicen que sí manejan técnicas de intervención y se preparan por su cuenta una vez obtenido el trabajo, ó también improvisan, ó que la experiencia laboral es la mejor escuela. Sólo uno de los psicólogos que consideraron que no citó a la Licenciatura como el lugar exclusivo donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención, contradiciéndose con su respuesta inicial. Es curioso que en ambos grupos los estudios de

especialidad, los cuales tienen entre sus objetivos (al menos en la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.) el formar terapeutas en alguna técnica de intervención específica, sólo el 4.2% de toda la muestra considerara el adquirir sus conocimientos exclusivamente en la especialidad. Los cursos particulares tuvieron un lugar más importante que los estudios de maestría y especialidad, ya que el 12.7% de la muestra los citó exclusivamente. Se puede pensar que, independientemente de que consideren que la Licenciatura los capacitó o no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, los psicólogos consideran que en al menos dos lugares diferentes adquirieron sus conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan. Sin embargo, al no ser estadísticamente significativas estas diferencias, deben ser tomados sólo como indicadores.

(14) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

En este caso también se acepta la Hipótesis nula. Como ya se hizo notar en el capítulo VI (Resultados), los psicólogos provenientes de planteles pertenecientes a la U.N.A.M. (Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, E.N.E.P. Iztacala, y F.E.S. Zaragoza) consideraron en su mayoría que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en contraste con los psicólogos provenientes de la U.A.M. y de otras universidades particulares, quienes en su mayoría opinaron lo contrario. Lo que llama la atención en cuanto a los planteles pertenecientes a la U.N.A.M., es que, en porcentaje, los provenientes de la Facultad de Psicología, a pesar de poder cursar (y de hecho el 81% cursó) una subespecialización clínica, se diferenciaron en cuanto a lo que afirman los provenientes de la E.N.E.P. Iztacala y la F.E.S. Zaragoza (cuyos planes de estudio no cuentan con la posibilidad de cursar una área de subespecialización clínica), en cuanto a los porcentajes de los que afirman que sus estudios de Licenciatura sí los capacitan para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional: los de la E.N.E.P. Iztacala tuvieron el porcentaje más alto (87.5%), seguidos de la F.E.S. Zaragoza (71.4%) y la Facultad de Psicología (61.9%). ¿Podría pensarse que los de la Facultad de Psicología, por tener en su mayoría la oportunidad de cursar el área clínica y de haberla cursado, se dan más cuenta de las carencias que tienen sus estudios de Licenciatura con respecto a la capacitación en técnicas de intervención y a la falta de prácticas en las mismas, y que los de la E.N.E.P. Iztacala y F.E.S. Zaragoza consideren más completa su capacitación por ser en psicología general, que se consideran más capacitados en el manejo y utilización de técnicas reeducativas, lo que contribuye quizás a una mayor seguridad y a que trabajen más en lugares donde estas técnicas son más aplicadas, y que cuentan con más prácticas en su formación académica, también en el

área de intervención? Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas, por lo que esto son sólo suposiciones. Los provenientes de la U.A.M. afirmaron en su mayoría (70%) que sus estudios no los capacitaron, debiéndose esto quizás a la inexistencia de una área clínica de subespecialización en su plan de estudios y a tener formación específica en otras áreas de la psicología (educativa ó social). También llama la atención que los provenientes de otras universidades particulares afirmen en su mayoría (el 66.7%) que la Licenciatura no los capacitó, proviniendo de planteles cuyos planes de estudio ofrecen la posibilidad (y de hecho todos cursaron) de una subespecialización clínica. Puede ser que se den cuenta de las limitaciones de sus planes de estudios respectivos en la capacitación en técnicas de intervención. Pero nuevamente debe aclararse que la mayoría de los psicólogos de la muestra proviene de planteles de la U.N.A.M. (conjuntamente constituyen el 83.1% de la muestra), pudiendo estar sobrerrepresentados, mientras que los de la U.A.M. constituyen el 13% de la muestra y los de otras universidades particulares sólo constituyen el 3.9% de la muestra, pudiendo quedar bajamente representados en esta muestra, que como ya se mencionó, es reducida (77 sujetos). El porcentaje más alto tanto entre los que consideraron que sí y entre los que no lo tuvieron los de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. (55.3% entre los que sí y el 53.3% entre los que no). De nuevo, los de esta Facultad están sobrerrepresentados (54.5% de la muestra).

(15) Licenciatura -Área predominante de subespecialización (Var. 6) con Licenciatura- lo capacitó o no para intervenir (Var. 41).

Hipótesis Nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis Alternativa: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que cursaron diferentes áreas de subespecialización en la Licenciatura en su opinión sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Se acepta la Hipótesis nula. En general, la mayoría de los psicólogos provenientes de todas las áreas predominantes de subespecialización (con excepción de los del área social) consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional. Como era de esperarse, mayor porcentaje de los psicólogos provenientes del área clínica que de otras áreas consideran que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional. En segundo lugar, los del área general consideraron lo mismo, seguidos por los del área educativa, y por último, los del área social, quienes en su mayoría opinaron lo contrario. De nuevo, también los del área clínica obtuvieron el mayor porcentaje entre los que opinaron que no, seguidos por los de las áreas social, general y educativa. Los del área general, se puede pensar que por tener una formación general consideran que sus estudios sí los capacitaron porque su formación es más amplia y con quizás más prácticas también en técnicas de intervención, y que esto los capacita más que a los de las áreas social y educativa, que quizás tendrían más limitados sus conocimientos por pertenecer a áreas donde se tiene más énfasis en otros aspectos, pero los capacitaría menos por tener menos énfasis con respecto al área clínica en técnicas de

intervención. La más amplia diferencia entre los que contestaron que sí y los que no está en esta área general (77.3% y 22.7%, respectivamente), y la menor entre los del área clínica (56.8% y 43.2%, respectivamente). Esto último podría indicar que los del área clínica existe mayor conocimiento en las ventajas y desventajas de su formación en técnicas de intervención, reflejándose esto en una opinión más dividida. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Hipótesis Conceptual Secundaria #2.- Si existirá relación entre la opinión que tienen sobre si sus estudios de Licenciatura los capacitaron ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #2:

(16) Licenciatura lo capacitó o no para intervenir (Var. 41) con Opinión sobre si existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de Psicología clínica en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención (Var. 45).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en cuanto a su opinión de que existan ó no diferencias de formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades ó escuelas en su preparación para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que piensan que la Licenciatura los capacitó ó no para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, en cuanto a su opinión de que existan ó no diferencias de formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades ó escuelas en su preparación para utilizar técnicas de intervención.

Se acepta la Hipótesis nula. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en su opinión, se observa que, aunque en su mayoría los psicólogos de la muestra estuvieron totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias de formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades ó escuelas en su preparación para utilizar técnicas de intervención, el porcentaje es mayor entre los que consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención (60.5% los que sí, y 39.5%, los que no). En lo que se refiere a estar de acuerdo ó en desacuerdo sobre las diferencias, el doble de los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó opinó esto en comparación con los que consideraron que la Licenciatura no los capacitó. En tercer lugar se encuentra el estar de acuerdo, donde de nuevo el porcentaje del grupo de psicólogos que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó es superior (aunque no en mucho) a los que consideraron que no. Hubo más tendencia a estar totalmente en desacuerdo en el grupo de los que consideraron que la Licenciatura no los capacitó. Por lo tanto, aunque no son estadísticamente significativas estas diferencias, se puede considerar que los psicólogos que sí consideraron que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional tienen una tendencia más clara a estar totalmente de acuerdo en que sí existen

diferencias entre los egresados de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional. Al considerarse capacitados, piensan quizás que otras universidades en comparación con la propia pueden capacitar más ó quizás hasta menos en la utilización de técnicas de intervención. Por otra parte, los que consideraron que la Licenciatura no los capacitó para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, tienen una tendencia mayor a considerar que estas diferencias no son tan grandes entre los egresados de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, y aunque tendieron a estar totalmente de acuerdo, hubo un poco más de sujetos que opinaron estar totalmente en desacuerdo. En ambos grupos también hubo la tendencia a estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, lo cual también puede considerarse que muchos no saben si realmente existen diferencias y prefieren ser neutrales en su opinión. Resumiendo, la mayor parte de la muestra (57.3%) tiende a estar totalmente de acuerdo, aunque el 20% de la muestra tiende también a estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, seguidos por un 17.3% de los que opinan estar de acuerdo. Estas tendencias son mayores en el grupo de los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó.

Hipótesis Conceptual Secundaria #3: Si existirá relación entre su formación académica y su opinión sobre si existen o no diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los psicólogos clínicos que egresan de diferentes universidades en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #3:

(17) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Opinión sobre si existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de Psicología clínica en cuanto a su preparación para utilizar técnicas de intervención (Var. 45).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en la opinión que tienen los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas, en cuanto a la existencia de diferencias de formación a nivel de Licenciatura en las diferentes universidades ó escuelas en la preparación de sus egresados para utilizar técnicas de intervención.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en la opinión que tienen los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas, en cuanto a la existencia de diferencias de formación a nivel de Licenciatura en las diferentes universidades ó escuelas en la preparación de sus egresados para utilizar técnicas de intervención.

Se acepta la Hipótesis nula. Aunque la mayor parte de la muestra, independientemente de su escuela de procedencia, están totalmente de acuerdo (el 57.3%) en que sí existen diferencias en la formación a nivel de Licenciatura entre los egresados de diferentes universidades en su preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, seguidos (similar a lo descrito en la Hipótesis #16) por un 20% que opina estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 17.3% que está de acuerdo, un 4% que está totalmente en desacuerdo y un 1.3% en desacuerdo, se observan diferencias (aunque no estadísticamente significativas) entre la opinión de los psicólogos de diferentes escuelas. La opinión de los egresados de la Facultad de

Psicología de la U.N.A.M. estuvo más dividida, ya que se dividió entre las cinco opciones de respuesta, y siguiendo una tendencia un poco diferente a la de la muestra en total, ya que se distribuyó su opinión en que el casi el doble de los que estuvieron totalmente de acuerdo (50%) lo estuvo con respecto a los que estuvieron de acuerdo (26.2%), seguidos por los que estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo (16.7%), totalmente en desacuerdo (4.8%) y en desacuerdo (2.4%). En el grupo de la E.N.E.P. Iztacala, la mayoría (75%) estuvo totalmente de acuerdo, con un 12.5% respectivamente entre estar de acuerdo y estar ni de acuerdo ni en desacuerdo. La opinión de los de la F.E.S. Zaragoza se dividió en tres opciones: el 69.2% estuvo totalmente de acuerdo, el 15.4% estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, y 7.7% respectivamente estuvieron de acuerdo y totalmente en desacuerdo. Los egresados de la U.A.M. el 66.7% (el doble) estuvo totalmente de acuerdo y el 33.3% estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo. Por otra parte, los egresados de otras universidades particulares el 66.7% (el doble) estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 33.3% estuvo totalmente de acuerdo. Los de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. tendieron más a estar totalmente de acuerdo y de acuerdo, mientras que los de la E.N.E.P. Iztacala, la F.E.S. Zaragoza y los de la U.A.M. tendieron más a estar totalmente de acuerdo. El contraste más notorio lo tuvieron los que provienen de otras universidades particulares, ya que la mayoría (66.7%) estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo. La opinión de los egresados de las otras escuelas fue más definida a estar totalmente de acuerdo, en comparación con los de las otras escuelas particulares cuya opinión fue más neutral. Debe recordarse que sólo hubo tres egresados de otras escuelas particulares en la muestra total, por lo que no están tan representados como los de las demás escuelas. Resumiendo, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones de los egresados de diferentes escuelas en que existieran diferencias en la formación de egresados de diferentes escuelas en cuanto a la preparación para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, aunque la tendencia fue a estar totalmente de acuerdo en que sí existen diferencias.

Hipótesis Conceptual Secundaria #4.- Sí existirá relación entre la escuela de procedencia de los psicólogos clínicos con el lugar ó lugares donde adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #4:

(18) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Lugar donde adquirió los conocimientos sobre las técnicas de intervención que maneja (Var. 48).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar ó lugares donde los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Hipótesis alterna: Sí existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al lugar ó lugares donde los psicólogos clínicos egresados de diferentes universidades ó escuelas adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan.

Se acepta la Hipótesis nula. Como ya se mencionó en el capítulo V (Resultados) se puede observar que la mayoría de los psicólogos de la muestra (el 45.1%) afirman que sus conocimientos sobre las técnicas

de intervención que manejan los adquirieron en dos lugares, siendo los provenientes de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. los que obtuvieron el más alto porcentaje (65.6%). El 12.7% de la muestra adquirió sus conocimientos en cursos particulares. Llama la atención que sólo el 11.3% de la muestra (8 sujetos) haya afirmado que los conocimientos que adquirieron sobre las técnicas de intervención que manejan sólo los hayan adquirido en sus estudios de Licenciatura, ya que el 61% de la muestra indicó que sus estudios de Licenciatura los capacitaron para manejar técnicas de intervención en su ejercicio profesional. Se puede pensar que, a pesar de que la mayoría afirma lo indicado anteriormente, toman cursos adicionales sobre técnicas de intervención en otros lugares, lo que puede indicar que la Licenciatura puede capacitarlos parcialmente ó nada, ó que tienen que complementar sus conocimientos con más estudios, ó que la Licenciatura no enseña otras técnicas necesarias, por lo que estudian más. El 9.9% de los psicólogos de la muestra adquirió sus conocimientos en el trabajo, lo que puede indicar que la necesidad al trabajar demanda a estos psicólogos a prepararse más con cursos en el trabajo ó que sobre la marcha aprendan más. Otro 9.9% adquirió sus conocimientos en tres lugares. El 4.2% en cursos de especialidad, llamando también la atención en esto ya que todas las especialidades trataban de preparación en técnicas de intervención, y en este caso, los de la F.E.S. Zaragoza obtuvieron el más alto porcentaje (66.7%) seguidos únicamente por los de la U.A.M. (33.3%). Debe aclararse que quizás la especialidad estuvo entre los dos ó tres ó más de tres lugares donde los psicólogos dijeron haber adquirido sus conocimientos, pudiendo decir lo mismo de la Licenciatura y los demás lugares. Otro 4.2% fue en cursos de actualización. Un 1.4% los adquirió en la maestría, y otro 1.4% en más de 3 lugares. La Licenciatura por sí sola fue tomada en cuenta únicamente por los egresados de los diferentes planteles de la U.N.A.M., siendo el 37.5% de la Facultad de Psicología y de la F.E.S. Zaragoza, respectivamente, y el 25% de la E.N.E.P. Iztacala. A pesar de que el 61% de la muestra total consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron, únicamente el 11.3% de la muestra los cita como el lugar exclusivo donde adquirieron sus conocimientos, y el 45.1% considera que en al menos dos lugares adquirieron los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan, pudiendo ó no estar incluida la Licenciatura entre estos dos lugares. Los egresados de la U.A.M. dividieron sus respuestas en 7 categorías, pudiendo pensarse que al no contar con área clínica de subespecialización y cursar áreas educativa ó social, los conocimientos sobre técnicas de intervención los adquieren en diversos lugares. Lo mismo sucedió con los egresados de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., quienes (a parte de la Licenciatura) escogieron otras 6 categorías de respuesta, pudiendo pensarse que a pesar de que la mayoría cursaron predominantemente el área clínica, la mayoría piensa que no son suficientes los conocimientos obtenidos en la Licenciatura, por lo que desearon prepararse más en otros lugares. En el caso de los de la F.E.S. Zaragoza, la mayoría (38.5%) contestó que adquirió sus conocimientos en tres lugares, pudiendo pensarse que sienten más necesidad que los egresados de otras escuelas para adquirir conocimientos, y acuden a más lugares que los egresados de otras escuelas. Los de otras escuelas particulares (3 sujetos) dividieron sus respuestas en tres opciones (33.3% respectivamente): en el trabajo, en cursos particulares y en

dos lugares. Se hace notar de nuevo la falta de representatividad de los egresados de estas escuelas. Se aclara de nuevo que las diferencias aquí observadas no son estadísticamente significativas y sólo son indicadores.

Hipótesis Conceptual Secundaria #5: Si existirá relación entre la escuela de procedencia en Licenciatura de los psicólogos clínicos y el área predominante de subespecialización que cursaron en la Licenciatura.

Hipótesis de Trabajo (ó Estadística) Secundaria #5:

(19) Licenciatura -escuela de procedencia (Var. 4) con Licenciatura- Área predominante de subespecialización (Var. 6).

Hipótesis nula: No existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al área de subespecialización cursada en Licenciatura por los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias estadísticamente significativas en cuanto al área de subespecialización cursada en Licenciatura por los psicólogos egresados de diferentes universidades ó escuelas.

En este caso, se aceptó la Hipótesis alterna, por lo que estos datos son estadísticamente significativos y se puede estar más seguro de los resultados obtenidos y de su interpretación e inferencias. La mayor variabilidad entre las áreas cursadas por los psicólogos de la muestra se observa en los egresados de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., ya que los egresados de esta escuela provienen de tres diferentes áreas predominantes de subespecialización, siendo los del área clínica los que más están representados en la muestra (81%), seguidos por los del área educativa (11.9%) y social (7.1%), constituyendo en conjunto el 54.5% de la muestra, pudiéndose pensar que más de la mitad de los psicólogos que trabajan en el área clínica en el campo profesional institucional, particular ó de ambas formas, proviene de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. El 100% de los egresados del área general provienen obviamente de la F.E.S. Zaragoza y de la E.N.E.P. Iztacala, representando respectivamente a los del área general en un 63% y 36.4%, y en la muestra al 18.2% y al 10.4%, y conjuntamente representan en la muestra al 28.6%. De los egresados de la U.A.M., el 60% cursaron el área social y el 40% el área educativa, constituyendo en conjunto el 13% de la muestra. Los egresados de universidades particulares cursaron el 100% el área clínica, representando en la muestra al 3.9%. De los egresados del área clínica, los egresados de la Facultad de Psicología constituyen el 91.9%, en comparación con los de otras universidades particulares, quienes constituyen el 8.1%. De los del área educativa, el 55.6% de los que trabajan con técnicas de intervención clínicas provienen de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., y el otro 44.4% proviene de la U.A.M. De los del área social, el 33.3% de los que trabajan utilizando técnicas de intervención clínicas proviene de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y el porcentaje restante proviene de la U.A.M. (66.7%). Se puede afirmar que 9 de cada 10 psicólogos del área clínica que trabajan utilizando técnicas de intervención clínica (en el Distrito Federal, ya sea de forma institucional, particular ó de ambas) proviene de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Sólo el 48.1% de los psicólogos que trabajan en el área de intervención clínica cursaron predominantemente el área clínica de subespecialización en la Licenciatura, por lo que más de la

mitad proviene de planteles sin áreas de subespecialización (el 28.6% de la muestra), ó de las áreas educativa y social (11.7% de la muestra, respectivamente). Independientemente del área cursada, más de la mitad de los psicólogos que laboran en el D.F. utilizando técnicas de intervención clínica provienen de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., 18.2% provienen de la F.E.S. Zaragoza, 13% de la U.A.M., 10.4% de la E.N.E.P. Iztacala, y 3.9% de otras escuelas particulares. Puede afirmarse que en la realidad laboral se den proporciones similares. De los diferentes planteles de la U.N.A.M., conjuntamente, el 83.1% de sus egresados, independientemente del área cursada, en el D.F. laboran utilizando técnicas de intervención, siendo la mayoría (54.5%) provenientes de la Facultad de Psicología, seguidos por los de la F.E.S. Zaragoza (18.2%) y los E.N.E.P. Iztacala (10.4%). Los de la U.A.M. ocupan el tercer lugar (13%) a pesar de no poder cursar área clínica en la Licenciatura. Podría esperarse que los egresados de otras universidades particulares trabajen menos en el área de intervención clínica a pesar de cursar el área clínica de subespecialización en la Licenciatura, trabajando más en otras áreas ó dentro del área de intervención, pero más de forma particular ó de forma institucional pública y particular, que únicamente en forma institucional pública, y más en instituciones privadas. Se puede afirmar que la U.N.A.M., particularmente su Facultad de Psicología, sigue siendo la institución educativa más importante en la formación de psicólogos que laboran con técnicas de intervención en el D.F., ya que la mayoría de los psicólogos que se encuentran laborando en el área de intervención clínica, proviene de alguno de sus planteles, y de los psicólogos del área clínica de subespecialización, particularmente la Facultad de Psicología aporta al 91.9% de los que trabajan en el área de intervención. En conjunto, los egresados de los diferentes planteles donde se imparte la carrera de Psicología en la U.N.A.M. tienden a trabajar más en instituciones públicas que los de la U.A.M. y los de las otras universidades particulares. Los egresados de la U.A.M. a pesar de que su plan de estudios no incluye una área clínica, ocupan ya un lugar importante entre los psicólogos que laboran en el área de intervención clínica (el tercer lugar, arriba de los egresados de la E.N.E.P. Iztacala y los de otras universidades particulares). Los otros planteles de la U.N.A.M. donde se imparte la carrera de Licenciado en Psicología, a pesar de tener una formación sin áreas de subespecialización, ocupan un lugar importante entre las diferentes universidades que forman psicólogos que trabajen en el área de intervención. Por último, los datos confirman que la mayoría de los psicólogos que trabajan en el área de intervención clínica no cursaron el área clínica de subespecialización, por lo que se puede afirmar que el área de intervención no es un campo exclusivo de los psicólogos que cursaron el área clínica, sino del psicólogo en general, independientemente del área cursada. Independientemente del área cursada, muchos psicólogos se interesan y de hecho laboran utilizando las técnicas de intervención clínica, por lo que esta actividad adquiere cada vez mayor importancia entre las actividades del psicólogo como profesionista.

7.2 CONCLUSIONES.

De la discusión anterior de los resultados se obtienen las siguientes conclusiones de esta investigación:

A pesar de que las diferencias encontradas en esta investigación no fueron en su mayoría estadísticamente significativas, los resultados obtenidos indican que:

Los psicólogos de esta muestra, en general, manejan dos tipos de técnicas de intervención, seguidas por el manejo exclusivo de técnicas reeducativas, y en último término del manejo de técnicas de apoyo y reconstructivas. Los egresados de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y los de la F.E.S. Zaragoza manejan principalmente dos tipos de técnicas, mientras que los egresados de la E.N.E.P. Iztacala y los de la U.A.M. manejan principalmente técnicas reeducativas. Los de las otras universidades particulares no manejan principalmente ninguna técnica en particular, ya que sólo fueron 3 sujetos en este grupo, manejando respectivamente técnicas reconstructivas, dos tipos de técnicas y tres tipos de técnicas. En conclusión, en general las diferentes universidades del D.F. preparan a sus egresados de nivel Licenciatura principalmente para el manejo de al menos 2 técnicas de intervención (Facultad de Psicología de la U.N.A.M. , F.E.S. Zaragoza y otras escuelas particulares) ó de técnicas reeducativas (E.N.E.P. Iztacala y U.A.M.). Sin embargo, no se puede afirmar totalmente en que estas técnicas sean únicamente ó del todo aprendidas en la Licenciatura, ya que la mayoría consideró haber adquirido los conocimientos sobre las técnicas de intervención que manejan en al menos dos lugares, pudiendo estar ó no incluida la Licenciatura entre estos dos lugares, por lo que a pesar de que el 61% de los psicólogos de la muestra consideraron que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, se puede considerar que sus estudios a nivel Licenciatura los capacitaron de forma parcial ó también de ningún modo, teniendo que recurrir a estudiar en otros lugares adicionales para adquirir ó complementar sus conocimientos. En cuanto al ser egresado de una universidad ó escuela en particular, esto indicó de nuevo que los estudios de Licenciatura capacitan parcialmente ó no del todo, ya que la mayoría, independientemente de su escuela de procedencia, indicó que adquirió sus conocimientos en dos lugares, de nuevo pudiendo estar ó no incluida la Licenciatura. En general, la mayoría de los psicólogos egresados a nivel Licenciatura de las diversas instituciones de educación superior del D.F. aplican rutinariamente ó utilizan predominantemente las técnicas de intervención ó tratamiento reeducativas y las de apoyo, y en último término, las técnicas reconstructivas. Al trabajar la mayoría en instituciones públicas ó de forma particular y en instituciones públicas, aplican ó utilizan principalmente aquellas técnicas que se requieren en su trabajo, es decir, las que permitan tratamientos de corta duración para atender a la mayor cantidad posible de personas que solicitan sus servicios, siendo estas las reeducativas y las de apoyo, principalmente. Las reconstructivas requieren de mayor preparación y de un tratamiento más largo, y se aplican principalmente en trabajo particular. Los egresados de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y los de la U.A.M. en su mayoría aplican rutinariamente ó utilizan predominantemente las técnicas de apoyo, mientras que los de la E.N.E.P. Iztacala y los de la F.E.S. Zaragoza en su mayoría aplican rutinariamente técnicas reeducativas

(conductuales en su mayoría). De nuevo, no se pueden sacar conclusiones claras con los egresados de las otras escuelas particulares, debido a que sólo hubo tres casos y no mostraron ninguna tendencia clara sobre la aplicación rutinaria de alguna técnica en particular. Independientemente del grado académico alcanzado, los psicólogos de la muestra manejan principalmente dos tipos de técnicas, implicando esto que pocos se especializan en el manejo de técnicas específicas. Los psicólogos con estudios de especialización y de especialización con cursos de actualización mostraron mayor tendencia a manejar tratamientos específicos, y se puede pensar que quienes tienen estudios de especialidad se preparan específicamente en el manejo de alguna técnica en particular, pero en general, el grado académico alcanzado no indica que por estudiar posgrados ó cursos de actualización se diferencien más respecto a los que sólo tienen estudios de Licenciatura en cuanto al manejo de técnicas de intervención (en comparación con la investigación de Serra, 1989). En cuanto a la aplicación rutinaria ó utilización predominante de técnicas de intervención, en relación al grado académico, independientemente del grado académico, la mayoría de los psicólogos aplican predominantemente técnicas reeducativas ó de apoyo, en su mayoría, de nuevo aplicando en último lugar las técnicas reconstructivas. Las diferencias observadas entre los diferentes grados académicos en cuanto a la aplicación rutinaria de técnicas de intervención indican que los psicólogos con únicamente estudios de Licenciatura, Licenciatura con cursos de actualización y con estudios de especialización aplican ó utilizan predominantemente las técnicas reeducativas, mientras los que tienen estudios de especialidad y cursos de actualización aplican rutinariamente por igual técnicas reeducativas ó de apoyo, y los que tienen estudios de maestría ó doctorado aplican predominantemente técnicas de apoyo. Se puede concluir que el grado académico alcanzado no determinan diferencias significativas en el uso predominante de diferentes técnicas, sino que los psicólogos, independientemente del grado académico, aplican predominantemente aquellas técnicas que su forma de trabajo les solicita: al trabajar más en instituciones, aplican más aquella técnica que les permita atender a más personas en el menor tiempo posible (técnicas reeducativas ó de apoyo). Aunque quizás muchos manejen técnicas reconstructivas, estas no son tan aplicables porque requieren un tratamiento largo. Al comparar las diferentes técnicas de intervención manejadas por psicólogos de diferentes áreas de subespecialización a nivel Licenciatura, de nuevo se encontró que independientemente del área cursada, la mayoría manejan 2 tipos de técnicas seguidas por las técnicas reeducativas. Diferenciando entre las diferentes áreas, los psicólogos del área clínica manejan dos técnicas y en un mayor porcentaje que los de otras áreas en todas las categorías de técnicas, excepto en reeducativas, mientras que los del área general manejan más técnicas reeducativas (conductuales en su mayoría) que los de las demás áreas. Los del área educativa manejan en su mayoría técnicas reeducativas (más que los clínicos y sociales). Por su parte, los del área social manejan en su mayoría las de apoyo, menos que los clínicos pero más que los de la general y la educativa. Se puede concluir que los egresados del área clínica manejan más las técnicas de intervención (excepto las reeducativas) que los de otras áreas, como sería lo deseable, pero los del área general manejan más que todos los de las otras áreas las técnicas reeducativas. En cuanto a la utilización rutinaria de técnicas, independientemente del área cursada, aplican predominantemente los

tratamientos reeducativos. Los de las áreas general, educativa y social en su mayoría aplican predominantemente las reeducativas, mientras que los del área clínica en su mayoría técnicas de apoyo. Las técnicas reconstructivas no fueron utilizadas predominantemente por la mayoría en ninguna de las diferentes áreas. Se puede concluir que el pertenecer al área clínica diferencia con las otras áreas en cuanto al tratamiento más predominantemente utilizado, aunque no de forma significativa, y que la utilización predominante de un tratamiento específico depende del lugar de trabajo y de la formación académica predominante en una área o en un tipo de técnica específica. En este caso, el pertenecer al área general determina un mayor manejo de técnicas reeducativas (conductuales en su mayoría) por ser estas las técnicas que predominantemente se enseñan en la F.E.S. Zaragoza y en la E.N.E.P. Iztacala, quienes en su mayoría trabajan en reclusorios, lugares en donde se aplican predominantemente las técnicas reeducativas de orientación conductual. El opinar que la Licenciatura sí los capacita o no en el manejo de técnicas de intervención no diferencia significativamente en el manejo de técnicas de intervención, aunque los que consideran que sí manejan más dos tipos de técnicas y más las diversas variantes de técnicas (excepto las de apoyo) que en el grupo que considera que no. En el manejo de tres técnicas ambos grupos quedaron iguales. En la aplicación rutinaria de técnicas, los del grupo que consideraron que sí aplican en su mayoría las reeducativas, mientras que los que consideraron que no aplican en su mayoría más las de apoyo. Se puede concluir que con respecto a esto último los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó aplica más técnicas de mayor complejidad que los que consideraron que no. El sentirse capacitado les permite aplicar técnicas más complejas, lo que también depende de su situación laboral. En cuanto al lugar donde adquirieron sus conocimientos, de nuevo, independientemente de la opinión sobre su formación, la mayoría consideran que fueron adquiridos en al menos dos lugares, reafirmando con esto que la Licenciatura contribuye parcialmente o no del todo a adquirir conocimientos sobre técnicas de intervención, y tengan que recurrir a más estudios para el manejo adecuado de estas técnicas. En cuanto a su opinión sobre su formación de Licenciatura y la escuela de procedencia, los provenientes de los diversos planteles de la U.N.A.M., en su mayoría consideraron que la Licenciatura sí los capacitó, mientras que la mayoría de los de la U.A.M. y los de otras escuelas particulares opinaron lo contrario, pudiendo tener en conclusión que los de la U.N.A.M. (E.N.E.P. Iztacala, F.E.S. Zaragoza y Facultad de Psicología, en ese orden) hayan cursado o no el área clínica, consideran que su formación es más completa en técnicas de intervención, mientras que los de la U.A.M., quizás porque su formación es con más énfasis en las áreas educativa o social, piensan que por lo mismo no estén capacitados para intervenir (coincidiendo en esto con Serra, 1989, en donde la mayoría de los que consideraban que contaban con escasos conocimientos y habilidades para el desempeño profesional, provenían de escuelas o facultades que carecen de un programa de estudios que estableciera las bases para el ejercicio de la psicología clínica). En el caso de los de otras escuelas particulares, a pesar de que todos cursaron el área clínica, la mayoría considera que la Licenciatura no los capacitó, pero al estar menos representados que los de otras escuelas, no puede considerarse muy conclusivamente su opinión. Al comparar por áreas, se observa que independientemente del área cursada (excepto los del área social) la

mayoría consideran que sus estudios de Licenciatura sí los capacitaron para intervenir, siendo más esta opinión entre los del área clínica, lo que sería de esperarse, seguidos por los del área general y educativa, en ese orden, en contraste con los del área social, quienes opinaron en su mayoría lo contrario. Sin embargo, entre los del área clínica existe una opinión más dividida, pudiendo concluir con esto que al cursar el área clínica se es más consciente de las limitaciones de la Licenciatura en cuanto a estar capacitado ó no para intervenir. En cuanto a opinar si existen diferencias entre los egresados de diferentes universidades en cuanto a su preparación para intervenir, la mayoría de los que consideran que la Licenciatura sí los capacitó para intervenir al igual que los que consideran que no están totalmente de acuerdo con que si existen diferencias, aunque los que consideraron que la Licenciatura sí los capacitó lo consideran más que los que no, concluyéndose que al sentirse capacitado se piensa más que los de otras universidades podrían estar menos ó hasta más capacitados para intervenir. También al observar la relación entre la escuela de procedencia y su opinión sobre las diferencias entre egresados de diferentes universidades en su preparación para intervenir, se observa que la mayoría está totalmente de acuerdo en que si hay diferencias, aunque los de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. tuvieron una opinión más dividida y los de otras escuelas particulares la mayoría no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo. Puede concluirse que los de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. piensan que las diferencias entre las diferentes universidades son menos amplias en la preparación de sus egresados para intervenir. El ser egresado de alguna escuela particular en la Licenciatura estuvo relacionado con el área de subespecialización cursada en la misma, siendo los egresados de la Facultad de Psicología los que mayor variedad de áreas tuvieron (clínica, educativa y social, en ese orden), siendo en su mayoría, egresados del área clínica. Los de la U.A.M. fueron en su mayoría del área educativa, seguidos por los del área social, ofreciendo esta universidad estas dos áreas de subespecialización. Los provenientes del área general todos fueron egresados de la F.E.S. Zaragoza y la E.N.E.P. Iztacala, siendo estos planteles de la U.N.A.M. en los cuales no hay áreas de subespecialización. Los egresados de otras universidades particulares todos fueron del área clínica. Se puede concluir a partir de esto que los egresados la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. del área clínica representan a la gran mayoría de los psicólogos clínicos que trabajan en instituciones públicas en el área de intervención, y que el campo de trabajo en intervención no es exclusivo del interés de los psicólogos clínicos, ya que un poco más de la mitad de los que trabajan en el área de intervención provienen de otras áreas de la psicología. La U.N.A.M. y sus egresados de psicología en conjunto, independientemente del área cursada, siguen ocupando el lugar principal, ya que sus egresados trabajan más en el área de intervención en el sector institucional, en comparación con los de las universidades particulares. Sin embargo, la U.A.M., a pesar de no tener área clínica de subespecialización, ocupa también un lugar importante en el campo laboral en intervención. El área de intervención clínica adquiere cada vez más importancia entre las actividades no sólo del psicólogo clínico, sino del psicólogo como profesionista en general.

Los datos obtenidos en la presente tesis sobre la opinión de los psicólogos sobre su formación para intervenir, en comparación con estudios anteriores (Amigo et al, 1987, suficiente el 89% de su muestra;

Martínez R., 1992, regular el 48%; Martínez O. et al, 1981, suficientes el 75.61%; Díaz N., 1986, el 90% opinó sentirse deficientemente preparados; Serra, 1989, el 75.2% de los pasantes, el 78.4% de los Licenciados, el 61.5% de los maestros y el 60% de los Doctores consideraron a sus estudios como suficientes en relación al desempeño profesional) muestran una semejanza de opinión, ya que la mayoría de los sujetos de estos estudios consideraron que la preparación adquirida durante sus estudios de Licenciatura para el posterior ejercicio laboral (no sólo en el área de intervención, sino en las demás actividades) fue suficiente ó regular. Puede pensarse que la mayoría (61%) de los sujetos de la presente investigación, a pesar de considerar que la Licenciatura sí los capacitó para intervenir en su ejercicio profesional, también se puede pensar que es de forma suficiente ó regular, ya que adquirieron la mayoría sus conocimientos en dos lugares, pudiendo estar la Licenciatura ó no incluida en estos dos lugares, coincidiendo con los estudios ya citados en que la Licenciatura no es el lugar principal ni el único donde adquirieron sus conocimientos, aunque debe aclararse que una de las diferencias entre la presente investigación y otras (Amigo et al, 1987; Díaz N., 1986; Serra, 1989; Ruiz, 1984; Martínez R., 1992; Martínez O. et al , 1981), es que en la presente investigación se investigó la preparación en el área de intervención específicamente, y aquí, a pesar de ser una muestra más pequeña, menos porcentaje (39%) consideró el no estar capacitado, por lo que la preparación en el área de intervención puede ser vista como una de las áreas más frágiles del trabajo del psicólogo clínico a pesar de ser una de las actividades más realizadas (coincidiendo en esto con todos los estudios ya citados), y la preparación en las demás áreas (psicodiagnóstico, evaluación, entrevistas, etc.) es más sólida (Amigo et al 1987). Esto obliga a los psicólogos a adquirir conocimientos en otros lugares. En esto coincide con otras investigaciones, donde el psicólogo manifiesta haber adquirido los conocimientos para su labor profesional en varios lugares a parte de la Licenciatura, mostrando insatisfacción con su preparación, en particular en psicoterapia, y sigue preparándose después de la Licenciatura (Díaz N., 1986; Amigo et al, 1987; Ruiz, 1984; Martínez O. et al, 1981; Martínez R., 1992). Solamente en el estudio de Ruiz V. (1984) el 39% de los sujetos dijeron que sus estudios de Licenciatura contribuyeron totalmente para poder desempeñarse en su trabajo profesional y el 35% dijeron que bastante, pero sin embargo el 46% dijeron que tuvieron que cursar otros estudios para su trabajo, siendo el 10% los que estudiaron sobre psicoterapia y 4% teoría psicoanalítica. En una de las investigaciones (Díaz N., 1986) el 90% de los sujetos declararon sentirse deficientemente preparados al egresar y el 9.7% estaba satisfecho con su preparación. En cuanto a las técnicas de intervención utilizadas en su ejercicio profesional, las demás investigaciones tienen la limitación con respecto a la presente en que no agruparon las técnicas utilizadas por los psicólogos en grupos definidos tales como los de Wolberg (de apoyo, reeducativos y reconstructivos), observándose que por esto la comparación con los resultados de la presente investigación se dificulta, y a veces más por no citar los porcentajes. Pero puede observarse que los sujetos de la investigación de Amigo et al (1987) aplicaban desde terapias breves y de apoyo hasta psicoanalíticas pero sin citar porcentajes. La mayoría de los sujetos de esa investigación recibieron más información sobre las terapias psicoanalíticas, seguidas por otras de tipo reeducativo y de apoyo, en contraste con los de la presente, quienes manejaban

dos tipos de técnicas, seguidas por reeducativas, de apoyo y reestructurativas (aunque pudiendo estar aprendidas dos ó más técnicas), dificultándose la comparación por diferencias en el uso de una clasificación en la presente investigación y el no uso de la misma en la investigación de Amigo et al. Tampoco hacen cruce de variables como en la presente investigación, siendo un estudio más descriptivo (porcentajes y frecuencias). La investigación de Martínez O. y Ramírez T. (1981) cita que de los psicólogos de su muestra (sin dividir por áreas de subespecialización), el 37.63% utilizaba técnicas conductuales, 8.6% técnicas gestálticas, 12.9% técnicas psicoanalíticas, 17.2% técnicas eclécticas y 23.66% técnicas inespecíficas, pudiéndose observar que en su investigación un gran porcentaje (el 46.23%) utilizaba técnicas reeducativas (conductuales y gestálticas conjuntamente), con lo que coincide con la presente investigación, en donde la mayoría (44.2%) utiliza técnicas reeducativas. Ninguna otra de las investigaciones citadas en el capítulo de antecedentes utiliza la clasificación de Wolberg u otra, dificultándose las comparaciones en los resultados por lo mismo, ni tampoco hacen los cruces de variables similares a los de la presente investigación. Sin embargo, en los demás estudios como en el presente, la psicoterapia y/o otros tipos de intervención son realizados por una gran cantidad de psicólogos, y la mayoría muestra estar insatisfecha con la preparación recibida más en intervención que en otras áreas. El autor de la presente tesis coincide con otros autores (Amigo, et al, 1987; Serra, 1989; Ruiz, 1984; Díaz N., 1986; Martínez O. et al , 1981) en que ya que la mayoría de los psicólogos a nivel Licenciatura trabaja en el área de intervención y psicodiagnóstico principalmente, debe de enfatizarse más en los planes de estudios la mejor capacitación en técnicas de intervención, siquiera en las más utilizadas en trabajo institucional (de apoyo y reeducativas), que es donde el psicólogo clínico tiene mayor demanda para intervenir. Esto permitirá un mejor desempeño en su trabajo, y en consecuencia, una mejor imagen profesional, lo que quizás influya en que su remuneración económica sea mejor. Una sugerencia para que los estudios de Licenciatura capaciten mejor en el manejo de las técnicas de intervención más utilizadas sería el establecer clínicas ó centros de atención dependientes de las Facultades ó escuelas en donde a los alumnos se les entrene en el manejo de estas técnicas, a partir de una formación teórica congruente y adecuada, bajo la supervisión y enseñanza de profesores del área de intervención que tengan mayor experiencia. El autor de la presente tesis coincide en que el entrenamiento en técnicas reestructurativas no es posible del todo llevarlo a cabo en las universidades, por requerirse de un tiempo más largo para su enseñanza teórico-práctica, y su supervisión, además de psicoterapia personal de los interesados de largo tiempo. Sin embargo, sería adecuado dar una introducción clara a estas técnicas reestructurativas a nivel Licenciatura. Un aspecto a recomendar a los egresados de psicología en trabajar en el área de intervención sería el que tuvieran psicoterapia personal, ya que, independientemente de la orientación ó del tipo de técnicas que les agrada aprender y ejercer, es importante para que los egresados realicen una mejor y más objetiva labor en su trabajo profesional de intervención. Esto debería de ser explicitado por las autoridades académicas. Otra sugerencia surgida de estas conclusiones de esta investigación sería el que las autoridades de la Psicología en México realizaran cambios y/o mejoras en los planes de estudios de la Licenciatura en Psicología, particularmente en el área de subespecialización clínica

y/o en el área de la intervención, haciendo una reestructuración de las materias, una revalorización de sus contenidos, para que los alumnos, al egresar de la Licenciatura, tengan una visión más clara de las corrientes más importantes que guían a la intervención clínica (psicoanálisis, humanismo, conductismo) así como de otras nuevas corrientes, y tengan un mayor criterio para valorar aquellas corrientes de su interés y en las que quieran prepararse más para utilizarlas en su labor de intervención.

La psicología como ciencia tiene 117 años en el mundo y 100 en México, y la psicología clínica tiene 100 años de existencia en el mundo, y en México en la U.N.A.M. el área clínica de subespecialización en la Licenciatura tiene menos (a partir de finales de los años sesentas), por lo que no existían psicólogos clínicos experimentados en México que pudieran crear un plan de estudios completo en el área de intervención (lo mismo se puede decir de las otras áreas de la psicología). El campo de la psicología clínica estuvo influenciado desde sus orígenes en la U.N.A.M. (en el Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía) por otros profesionales (filósofos, médicos, psiquiatras, psicoanalistas). El desarrollo general de la psicología en México ha tenido un atraso con respecto a los modelos europeos y estadounidenses, los cuales han influenciado su desarrollo, con un énfasis mayor de influencia estadounidense (experimental conductual). Lo político ha frenado el desarrollo en México de la psicología como profesión en general, y en particular de la psicología clínica. En el caso de la psicología clínica, han existido pugnas (al igual que en Estados Unidos, pero con años de atraso) políticas y profesionales con psiquiatras, inicialmente, luego con los psicoanalistas, y posteriormente, a partir de la creación de un plan de estudios creado por psicólogos principalmente, entre los mismos psicólogos de diferentes corrientes ideológico-políticas (experimentales-conductistas, psicoanalíticas). El poder (a partir del apoyo estadounidense al invitar a psicólogos de la U.N.A.M. a formarse en sus universidades para ofrecerles "una identidad y metodología plenamente de psicólogos" para defenderse de psiquiatras, psicoanalistas y de otros intrusos) lo han tenido los psicólogos de orientación experimental y conductista, reflejándose esto en el plan de estudios, en donde la mayor parte de las materias son experimentales, y donde las únicas materias del área de intervención donde hay prácticas son conductuales. Por lo tanto, México, como país subdesarrollado, está bajo el influjo estadounidense también en la psicología en general y en particular el área clínica, pero, claro, con años de atraso. Al estar bajo el influjo estadounidense, las otras opciones en intervención (psicoanálisis, humanismo) provenientes de Europa tienen menor preponderancia. Pero aún así, las técnicas conductuales no son del todo enseñadas a los estudiantes en la Facultad de Psicología (modelo a seguir histórico por otras universidades), es decir, no hay un entrenamiento sólido ni en el manejo de estas técnicas ni en el de las de otro tipo, porque el área clínica, además de las pugnas políticas existentes en su seno, está aún en desarrollo y los profesores pioneros son psicólogos con creciente experiencia clínica y tienen como 20 años a lo mucho de ser profesores y psicólogos clínicos que trabajen en intervención. Son psicólogos formados a base de experiencia y de forma autodidacta ó de forma exterior a la Licenciatura. Por esto se entiende el atraso en que en la Licenciatura no se ofrezca una visión clara de lo que es el perfil profesional del psicólogo clínico (y también del psicólogo en general) y de cómo y con qué puede intervenir. En esta investigación se pudo observar que el área de intervención es

una área que ha adquirido poco a poco mayor importancia, y es un área que es de interés para psicólogos de diferentes áreas, no sólo del área clínica, y que estos psicólogos de la muestra la mayoría, a pesar de indicar poco más de la mitad que los estudios de la Licenciatura si los capacitaron para intervenir, al preguntarles en dónde adquirieron sus conocimientos sobre técnicas de intervención dijeron que en dos lugares, entre los cuales se puede entender que puede estar considerada la Licenciatura o no. Esto da a entender que la Licenciatura ó los capacita parcialmente para utilizar técnicas de intervención, ó no los capacita nada. Es un hecho real (vivido también por el que esto escribe) que el egresado del área clínica y de otras áreas de la psicología, al buscar empleo, se da cuenta de que se le exige saber intervenir (dar psicoterapia de cualquier orientación, saber hacer entrevistas, dar orientación, dar prevención) ó los empleadores creen que esto es lo que hace un psicólogo egresado de la Licenciatura, sin estudios adicionales de ningún otro tipo en intervención. El egresado (en muchos casos, aunque afortunadamente no en todos), aunque muchas veces no sepa cómo y con qué intervenir, dice que sí lo sabe hacer por la necesidad de trabajar, y los que no se preparan de forma autodidacta ó tomando algunos cursos particulares ó cursando estudios de posgrado en el área de intervención, se dedican a decir que hacen "psicoterapia" pero en realidad ni tienen una base teórica clara de dónde saber como aplicar las técnicas de intervención, ni tienen un entrenamiento técnico formal siquiera para saber cómo planear y llevar a cabo sistemáticamente siquiera una psicoterapia breve, de emergencia ó de apoyo, porque la Licenciatura es una "ensalada" de conceptos, teorías, sin conexión ni estructura lógica, y de muy poca información (y nulo entrenamiento) técnico, y el egresado puede tener información reducida de psicoanálisis y conductismo, y cuando interviene "cree" que hace psicoterapia "psicoanalítica" ó "conductual" pero en realidad no sabe lo que está haciendo, sino se deja guiar por su intuición y por improvisar, creyendo en la "magia" y dejando de ser un profesional de la psicología que debe tener claro lo que hace, porqué lo hace y cómo lo hace, y volviéndose una especie de "sacerdote" ó "mago". La Licenciatura tiene un papel más informativo que formativo en el área de intervención. No es lo mismo tener información reducida sobre alguna ó diversas formas de intervención que realmente tener un entrenamiento técnico y un bagaje teórico que guíe dicho entrenamiento técnico. Existe una incongruencia entre lo que realmente sabe hacer un psicólogo clínico a nivel Licenciatura sin ningún curso adicional (que realmente se reduce a hacer evaluaciones, entrevistas y psicodiagnóstico) y la realidad laboral, que cree y exige del psicólogo que debe saber intervenir (además de las funciones descritas previamente) y está entrenado para realizar algún tipo de intervención. La psicología en general, y en particular la psicología clínica, es una ciencia y profesión joven, con un poco más de cien años de historia en el mundo, por lo que es una profesión que está aún en desarrollo aún en los países desarrollados, y más en México, que como país subdesarrollado está atrasado en comparación con los países desarrollados. La intervención clínica por parte del psicólogo en el mundo tiene a partir de la Segunda Guerra Mundial, y en México tiene de los años setenta a la fecha, por lo que aún falta mucho por hacer para que exista una congruencia entre lo que un psicólogo sabe hacer realmente y lo que le exige la realidad laboral. No debe seguirse ignorando el hecho de que la mayoría de los psicólogos (clínicos y no clínicos) a nivel Licenciatura se enfrenta a tener que

intervenir en el campo laboral, porque eso es lo que se espera (además de otras funciones) de ellos. Todos los psicólogos de esta muestra (reducida pero indicativa) laboran en el área de la intervención, y pocos tienen estudios de posgrado ó de cursos adicionales ó de formación como psicoterapeutas, es decir, la mayoría (pasantes ó titulados) su principal preparación es de Licenciatura y con eso hacen (y se les exige que hagan) intervención en su trabajo diario. Esto es similar a otras investigaciones ya citadas (citar aquí para justificar). Aquí, al contrario de investigaciones anteriores la mayoría (61%) afirmó que sus estudios de Licenciatura si los capacitaron en técnicas de intervención clínica, pero no adquirieron exclusivamente los conocimientos sobre estas técnicas en la Licenciatura exclusivamente, ó ni siquiera en la Licenciatura, ya que por lo menos dijeron que en dos lugares diferentes los adquirieron. Puede decirse (aunque la muestra es reducida) que un 39% que consideraron que sus estudios de Licenciatura no los capacitaron para utilizar técnicas de intervención en su ejercicio profesional, aunque no es una diferencia estadísticamente significativa, sí indica que poco menos de la mitad están inconformes con sus estudios de Licenciatura. En las otras investigaciones ya citadas la mayoría mostró insatisfacción con sus estudios de Licenciatura para intervenir. En esto contrasta con la presente investigación. Sin embargo los resultados de la presente investigación son más específicos que las ya citadas en investigar más específicamente y más a fondo el área de intervención, ya que varias de las anteriores, a pesar de contar con muestras más grandes, tratan de forma más general las funciones diversas de los psicólogos clínicos y no sólo la intervención, por lo que esta área no es tan específicamente y a fondo investigada, ni tiene los cruces de variables hechos en la presente investigación, que es más inferencial que descriptiva, esto último más se enfatiza en las investigación de Amigo et al (1987), pero que cuenta con una muestra de 200 psicólogos supuestamente todos del área clínica en Licenciatura, y en la cual, a pesar de ser predominantemente descriptiva, la mayoría de la muestra mostró insatisfacción con sus estudios de Licenciatura con respecto a intervenir. La presente investigación tiene como principal aportación el ser un primer estudio (por lo tanto exploratorio) hecho específicamente sobre las técnicas de intervención en relación con los estudios de Licenciatura de los psicólogos clínicos, en donde además de los aspectos descriptivos se manejan aspectos inferenciales, y aunque la muestra fue reducida y no todos fueron exclusivamente psicólogos del área clínica en Licenciatura, y que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por lo mismo de la muestra reducida, y que sus inferencias por lo mismo no tienen mucha fuerza, sirven sus resultados como una base para futuras investigaciones mejor realizadas y con más sujetos sobre el área de la intervención clínica. Los resultados de la presente tesis, por ser un estudio exploratorio, son sólo indicadores de lo que pasa en realidad, y no conclusiones inferenciales muy sólidas. En futuras investigaciones podrán evitarse las carencias de la presente investigación y mejorarse otros aspectos más sólidos de la presente investigación. Otra aportación de la presente investigación es ser el primer estudio donde son explorados los aspectos técnicos específicos bajo una clasificación (la de Wolberg) que si bien es adecuada más para psicoterapia, es incompleta ó inadecuada para otros tipos de intervención. Para investigar estos aspectos técnicos a la hora de intervenir se elaboraron preguntas del cuestionario que exploran estos aspectos técnicos a la hora de intervenir a partir de los conceptos de la clasificación de

Wolberg. En futuras investigaciones podrán mejorarse ó cambiarse la forma en como estos aspectos técnicos son explorados para conocer mejor cómo y con qué intervienen los psicólogos clínicos en intervención y para ver si tienen ideas claras a la hora de intervenir sobre los aspectos técnicos. En la presente investigación no se quiso abundar más en explorar más específicamente los aspectos técnicos a la hora de intervenir porque se consideraron limitados la forma de la estructuración de estas preguntas técnicas, lo que a fin de cuentas no permitió un adecuado manejo de los datos obtenidos de estas preguntas, ya que entre sus limitaciones está el ser la mayoría de opción múltiple y no preguntas abiertas, lo que limita las respuestas de los sujetos y no permite conocer bien lo que realmente hacen. Por eso se dio más énfasis a los otros aspectos investigados. En futuras investigaciones, como ya se dijo, se podrá afinar mejor cómo conocer estos aspectos técnicos a la hora de intervenir, pero también incluyendo reactivos que puedan dar a conocer otras formas de intervención del psicólogo clínico y no sólo ó más exclusivamente de las diferentes psicoterapias clasificadas por Wolberg.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

En esta sección de la presente tesis, se explican las limitaciones observadas a lo largo de la investigación, las cuales probablemente afectaron el desarrollo del procedimiento de la misma así como a la generalización de los resultados a la población de los psicólogos clínicos. Posteriormente se hacen sugerencias para una mejor realización de investigaciones futuras relacionadas con el tema de la presente tesis.

LIMITACIONES.

Entre las limitaciones encontradas en la realización de esta investigación, están:

Se puede considerar que la muestra (77 sujetos) es reducida para poder generalizar los hallazgos. Una posible explicación para el hecho de que se tuviera este número reducido de sujetos fue la falta de cooperación encontrada por el encuestador por parte de muchos de los psicólogos a los que se les repartió el cuestionario. Lo ideal hubiera sido realizar la aplicación de los cuestionarios a través de entrevista directa con cada encuestado, tomando como base los reactivos del cuestionario. Esto no fue posible casi en la totalidad de los casos, ya que como ya se mencionó, los psicólogos se encontraban trabajando. El que se realizaran las encuestas en el lugar de trabajo de los sujetos limitó la libertad del encuestador para poderlos entrevistar directamente, ya que se encontraban laborando en esos momentos, y con sólo tres de ellos se pudo hacer la entrevista en base al cuestionario, pero en este caso los tres trabajaban de forma particular y se pudo concertar una cita con ellos en una hora que no estuvieran trabajando. En las instituciones no fue posible hacer esto. Generalmente se tenía contacto con alguno (ó varios) de los psicólogos, quienes amablemente aceptaban contestar el cuestionario, aunque no tenían posibilidad de hacerlo en el momento en que se les solicitaba hacerlo, sino que lo contestaban posteriormente cuando las labores de su trabajo no ocuparan su atención. Estos mismos psicólogos (en varios casos) amablemente ayudaron al encuestador quedándose con varios cuestionarios más y comprometiéndose a repartirlos entre sus compañeros de trabajo en la institución ó con otros psicólogos que conocían en otros lugares. A pesar de su ayuda, muchos de los otros psicólogos en las instituciones ó de los conocidos en otros lugares, no regresaron sus cuestionarios ó los regresaron incompletos en sus contestaciones, descartándose finalmente para considerarlos dentro de la muestra. Se observaron también resistencias y falta de cooperación abierta en algunos psicólogos, así como desconfianza hacia lo que se proponía esta investigación. Podría pensarse que estas conductas de desconfianza podrían interpretarse como temor a que el cuestionario estuviera funcionando como una evaluación por parte de alguien ó de sus jefes en el trabajo acerca de sus conocimientos profesionales, y al sentirse inseguros de los mismos, prefirieron no cooperar. Ó quizás también realmente no tuvieron el tiempo necesario para contestarlo, como muchos lo argumentaron, ó no les causaba motivación (ya que no había ninguna remuneración económica de por medio ó algún estímulo laboral). Otra de las limitaciones podría ser la estructuración del cuestionario y su longitud. Una gran cantidad de psicólogos, tanto de los que cooperaron contestando el cuestionario como los que por alguna razón no lo hicieron, argumentaron que el cuestionario era demasiado largo. Algunos dijeron que no lo contestaron en su totalidad por falta de tiempo, ya que el

cuestionario era demasiado largo para ser contestado rápida y fácilmente. Otra de las limitaciones podría ser que quizás algunos de los psicólogos que cooperaron no entendían bien algunas preguntas del cuestionario, ó entendían otra cosa, y al no poder preguntarle al encuestador qué era lo que se preguntaba realmente contestaban según lo que entendieran. Esto podría reducir la fiabilidad y generalización de los resultados. Otra limitación fue que sólo hubo un solo encuestador. Si hubiera habido más, la tarea de aplicar los cuestionarios hubiera sido más rápida y más fácil, y quizás la muestra hubiera sido más grande. Una más de las limitaciones fue la falta de un tiempo más largo para la aplicación del cuestionario, es decir, después de ocho meses de aplicación de la encuesta se decidió concluir la etapa de aplicación, considerando que ya era mucho tiempo, por cuestiones laborales del encuestador, ya que no se tuvo más tiempo libre para seguir aplicando. Por cuestiones prácticas se decidió también ya no seguir aplicando los cuestionarios, ya que ocho meses eran ya mucho tiempo, pero quizás si se hubiera dispuesto de más tiempo (unos meses más) para aplicarlos se hubiera obtenido una muestra más grande. Quizás como otra limitación se tenga que el cuestionario, por ser un estudio exploratorio, no está lo deseablemente depurado, lo que quizás afecte la fiabilidad de los resultados. Además, otra limitación sería que esta investigación incluyó como parte de su muestra no únicamente a psicólogos clínicos, por lo que no se pueden generalizar los resultados a todos los psicólogos que cursaron el área clínica en sus estudios de Licenciatura.

SUGERENCIAS.

Para una mejor realización de una investigación similar a la presente, se hacen las siguientes sugerencias:

1. Obtener una muestra más grande para que se puedan generalizar mejor los resultados (más de 200 sujetos, si es posible). Esto facilitará que a la hora de hacer la aplicación de técnicas de estadística inferencial no paramétrica (como la chi-cuadrada) a los datos obtenidos de los cuestionarios se facilite el obtener resultados más confiables, y se puedan hacer conclusiones y generalizaciones más fuertes de los mismos.

2. Depurar el cuestionario para aumentar la confiabilidad y validez del mismo, así como también para hacerlo más corto, lográndose de este modo que sea más rápida y fácilmente contestado por los encuestados, logrando que tengan mayor motivación para cooperar con la investigación.

3. Realizar las encuestas por medio de entrevista en base al cuestionario, para que la aplicación sea directa y permita una mayor fiabilidad en las respuestas de los encuestados, permitiendo aclarar dudas con respecto a las preguntas. Asimismo, elaborar previamente una estrategia de motivación a la hora de solicitar la aplicación del cuestionario para lograr la cooperación de sujetos poco motivados para participar.

4. Aplicar los cuestionarios con un equipo de encuestadores igualmente capacitados para lograr acudir a la mayor cantidad de psicólogos y lograr una mayor muestra.

5. Si es posible, para lograr mayor cooperación de los encuestados, procurar no aplicar el cuestionario en sus horas de trabajo. Procurar hacer una cita con los encuestados en horas fuera de su horario

de trabajo, y si es posible, fuera de su lugar de trabajo, para que los encuestados se sientan en libertad para contestar las preguntas y estén más relajados y motivados para cooperar.

6. Manejar un número menor de Hipótesis, para facilitar más la labor de obtención de resultados.

7. Si es posible, lograr la cooperación de las autoridades de las instituciones a las que se acuda para lograr que los psicólogos puedan cooperar libremente. Esto se podría lograr con una carta donde se expliquen los objetivos de la investigación, motivando de este modo a las autoridades a que cooperen.

8. Previamente a la aplicación de la encuesta, contar con un directorio de instituciones a las que se pueda acudir a aplicar los cuestionarios, es decir, saber en dónde trabajan los psicólogos a los que se les va a aplicar el cuestionario, haciendo un cronograma de aplicaciones. Contar también (si es posible) con contactos en las diferentes instituciones a las que se va a acudir, para facilitar la aplicación. Además, contar con un directorio (si es posible también) de psicólogos que trabajen de forma particular.

9. Aplicar los cuestionarios a una muestra perteneciente en su totalidad al área clínica de estudios de Licenciatura.

10. Elaborar una investigación similar únicamente con sujetos de mayores grados académicos (por ejemplo, posgrado únicamente, ó únicamente con terapeutas formados en instituciones dedicadas a la formación de terapeutas) para conocer sus opiniones sobre su propia formación para realizar la labor de intervención, y lograr estudios comparativos para permitir conocer el grado de satisfacción de estos profesionales con su formación y permitir a las instituciones respectivas mejorar las fallas que se detecten.

11. Investigar más a fondo los procedimientos técnicos a la hora de realizar una intervención clínica. Se sugiere depurar las preguntas técnicas del cuestionario de esta investigación para poder hacerlas más confiables y validas y permitir mejor conocer cómo y con qué intervienen los psicólogos clínicos. También, si se cree conveniente, elaborar mejor las preguntas de esta área, ó elaborar nuevas.

BIBLIOGRAFÍA.

- Amigo C., M. A.; Elizalde S., S. C.; Panchuk A., E. A. (1987). *El status profesional y académico del psicólogo clínico en instituciones del sector salud pública de la Cd. de México*. Tesis de Licenciatura, Escuela de Psicología, Universidad Anáhuac.
- Beltrán H., O. (1988). *La formación profesional del psicólogo en la E.N.E.P. Iztacala*. Tesis de Licenciatura en Psicología, E.N.E.P. Iztacala, U.N.A.M.
- Benavides, J. y cols.; Cueli, J.; Díaz-Guerrero, R.; Lara T., L. (1983). *Una Década en la Facultad de Psicología: 1973-1983*. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Bernstein, D.A.; Nietzel, M. T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Bleichmar, N. M.; Leiberman de B., C.(1989). *El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. México: Eleia Editores.
- Dana, R. (1966). *Teoría y práctica de la psicología clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Díaz-Guerrero, R. (1980). *Momentos culminantes en la historia de la psicología en México*. Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 6, No. 2, p. 278-290.
- Díaz N., R. (1986). *Estudio exploratorio sobre las actividades de los Psicólogos Clínicos, así como sus opiniones respecto de su preparación y profesión*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- División de Estudios Profesionales (1992). *Guía para la inscripción de las áreas*. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Elorza, H.(1986). *Estadística para ciencias del comportamiento*. México: Harla.
- Fiorini, H. J. (1980). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. {1940 (1938)}. *Esquema del psicoanálisis*. En *Obras completas (1980)*, Vol. 23. México: Amorrortu.
- Galindo, E.; Vorweg, M. (1985). *La psicología en México*. Ciencia y Desarrollo. Julio-Agosto 1985, No. 63, Año XI, págs. 29-45.
- Garfield, S. (1979). *Psicología Clínica: el estudio de la personalidad y la conducta*. México: El Manual Moderno.
- Gutiérrez R., E. ; Pozos B., P. (1986). *Actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del psicólogo*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Hall, C. S. (1981). *Compendio de psicología freudiana*. Buenos Aires: Paidós.
- Ibañez B., B. (1990). *Manual para la elaboración de la tesis*. México: Trillas.
- Kendall , P. C., Norton-Ford, J. D. (1988). *Psicología Clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Kerlinger, F. N. (1981). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Interamericana.

- Korchin, S. (1976). *Modern Clinical Psychology*. New York: Basic Books.
- Levin, J. (1979). *Fundamentos de la Estadística en la investigación social*. México: Harla.
- Litvinoff, N.; Gomel, S. K. de (1975). *El Psicólogo y su profesión*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Manrique L., P. (1982). *Sistemas terapéuticos contemporáneos aplicados*. México: Trillas.
- Martínez F., J. (1990). *El campo profesional del psicólogo: análisis comparativo de los estudios realizados sobre el perfil del psicólogo y su mercado de trabajo*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Martínez O., L.; Ramírez T., C. (1981). *Una aportación al Perfil Profesional del Psicólogo*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Martínez R., M. A. (1992). *La formación y la práctica profesional del psicólogo: estudio de caso*. Tesis de Maestría en Pedagogía, Colegio de Pedagogía, Facultad de Filosofía y Letras, U.N.A.M.
- Millon, T. (1974). *Psicopatología y personalidad*. México: Interamericana.
- Núñez, Rafael (1984). *Implicaciones históricas de la psicología clínica en México*. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 1, No. 2, págs. 89-92.
- Ortega C., O. C. (1990). *Análisis del perfil y del ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud: su formación profesional y perspectivas*. Tesina de Licenciatura en Psicología, E.N.E.P. Iztacala, U.N.A.M.
- Pick de W., S.; López, A. L. (1986). *Como investigar en Ciencias Sociales*. México: Trillas.
- Rodríguez L., M. del C.; Vázquez G., D. (1992). *Revisión de las tesis elaboradas sobre psicoterapia publicadas desde 1967 hasta el año de 1988 en psicología clínica*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Ruiz V., M. E. (1984). *Funciones del Psicólogo Clínico en su trabajo profesional*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Salinas R., S.; Torres G., A. (1988). *Actitud hacia la labor del psicólogo clínico en profesionistas de la salud mental y profesionistas de otras carreras*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Serra P., C. (1989). "El campo de trabajo del psicólogo clínico en México", en Urbina S., J. (compilador) (1989). El Psicólogo: formación, ejercicio profesional y prospectiva. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Valderrama, P. (1983). *Un esquema para la historia de la psicología en México*. México: Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Wolberg, L. R. (1977). *The Technique of Psychotherapy*. New York: Grunne & Stratton.

APÉNDICE A: LUGARES DE TRABAJO DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA FINAL DE LA INVESTIGACIÓN.

NOTA: DE LOS 77 SUJETOS DE LA MUESTRA FINAL, 33 TRABAJABAN DE FORMA INSTITUCIONAL ÚNICAMENTE, 9 DE FORMA PARTICULAR ÚNICAMENTE Y 35 DE AMBAS FORMAS. POR LO TANTO, DE LOS 68 SUJETOS QUE TRABAJABAN DE FORMA INSTITUCIONAL ALGUNOS PODRÍAN O NO TAMBIÉN TRABAJAR DE FORMA PARTICULAR.

SITUACIÓN LABORAL: INSTITUCIONAL.

<u>INSTITUCIÓN:</u>	<u>DEPENDENCIA:</u>	<u>NO. DE SUJETOS:</u>
1. SECRETARÍA DE SALUD (S.S.)	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL "EL CHOPO"	8
	CLÍNICA "DRA. MARGARITA CHORNEY Y SALAZAR"	3
		<i>TOTAL: 11 SUJETOS.</i>
2. SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA (S.E.P.)	CENTRO DE ORIENTACIÓN, EVALUACIÓN Y CANALIZACIÓN (C.O.E.C.) NO. 3	2
	DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL (D.G.E.E.)	3
	CAPEP COYOACÁN	3
	CAPEP IZTACALCO	2
		<i>TOTAL: 10 SUJETOS.</i>
3. DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL (D.D.F.)	DELEGACIÓN COYOACÁN : CENTRO DE TRABAJO "ANA MARÍA HERNÁNDEZ", DEPTO. DE SERVICIOS MÉDICOS, ÁREA DE PSICOLOGÍA	4
	PROCURADURÍA DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL (DELEGACIÓN DE POLICÍA COYOACÁN)	5
	DIRECCIÓN GENERAL DE RECLUSORIOS Y READAPTACIÓN SOCIAL.	6
	RECLUSORIO PREVENTIVO ORIENTE	3
	RECLUSORIO PREVENTIVO SUR	4
		<i>TOTAL: 22 SUJETOS.</i>
4. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (I.M.S.S.)	CLÍNICA FAMILIAR NO. 22	5
		<i>TOTAL: 5 SUJETOS.</i>
5. SISTEMA NACIONAL PARA EL INTEGRAL DE LA FAMILIA (S.N.I.F.)	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (INSAME)	1
	CASA HOGAR PARA NIÑAS	5
	D.I.F. ZAPATA: SECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES	1
	D.I.F. ZAPATA: DEPTO. DE ASISTENCIA JURÍDICA	7
		<i>TOTAL: 14 SUJETOS.</i>
6. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (C.I.J.)	CENTRO LOCAL COYOACÁN	4
		<i>TOTAL: 4 SUJETOS.</i>
7. CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA (CONASIDA)	CENTRO CONASIDA SUR	1
		<i>TOTAL: 1 SUJETO.</i>

**8. INSTITUTO DE LA SEGURIDAD
SOCIAL Y SERVICIOS PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
(I.S.S.T.E.)**

ESTANCIA INFANTIL NO. 5 (MARINA NACIONAL)

1

TOTAL: 1 SUJETO.

TOTAL: 68 SUJETOS.

SITUACIÓN LABORAL: PARTICULAR.

NO. DE SUJETOS:

CONSULTORIO PARTICULAR

TOTAL: 9 SUJETOS.

APÉNDICE B:
INSTRUMENTO (CUESTIONARIO) ELABORADO Y UTILIZADO
PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.

PORTADA:

CUESTIONARIO.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN UTILIZADAS POR EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN SU
EJERCICIO PROFESIONAL, EN RELACIÓN CON SU FORMACIÓN DE LICENCIATURA.

INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer las técnicas de intervención utilizadas por el psicólogo clínico en su ejercicio profesional, esto en relación con su formación de Licenciatura. Este cuestionario es anónimo y no pretende valorar sus conocimientos, sino conocer qué técnicas de intervención utiliza Ud. como psicólogo clínico en su ejercicio profesional en relación con sus formación de Licenciatura. Se anexan unas hojas de respuesta en donde le pedimos llene los espacios correspondientes a información sobre: ficha de identificación, escolaridad, cursos de actualización, y situación laboral actual. También le pedimos que coloque sus respuestas a las preguntas del cuestionario en el espacio reservado para cada una de ellas. Hay preguntas abiertas y cerradas (de opción múltiple). En las preguntas cerradas le pedimos que escoja sólo una opción de respuesta, aunque en algunas de estas preguntas se le indica que puede escoger más de una opción de respuesta. Le agradecemos de antemano su cooperación para esta investigación.

HOJAS DE RESPUESTAS:**HOJA DE RESPUESTAS.****I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

Edad: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____

II. ESCOLARIDAD.**A) Licenciatura.**

Escuela de procedencia: _____

Fecha de ingreso a Licenciatura: _____

Área predominante de subespecialización: _____

¿Es Ud. pasante? (100% de créditos) (Sí/No) _____

¿Es Ud. titulado? (Sí/No) _____

Fecha de titulación: _____

B) Estudios de Posgrado.**a) Especialidad.**

¿Ha realizado algún curso de especialización? (Sí/No) _____

Nombre del curso: _____

Institución: _____

Objetivo del curso: _____

Duración del curso: _____

Fecha de inicio: _____

b) Maestría.

¿Tiene estudios de maestría? (Sí/No) _____

¿En qué fue la maestría? _____

Institución donde la cursó: _____

Duración de sus estudios: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de tesis: _____

c) Doctorado.

¿Tiene estudios de doctorado? (Sí/No) _____

¿En qué fue el doctorado? _____

Institución donde lo cursó: _____

Duración de sus estudios: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de tesis: _____

- 29. _____
- 30. _____
- 31. _____
- 32. _____
- 33. _____
- 34. _____
- 35. _____
- 36. _____
- 37. _____
- 38. _____
- 39. _____
- 40. _____
- 41. _____
- 42. _____
- 43. _____
- 44. _____
- 45. _____
- 46. _____

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

15. En su labor de intervención, el trabajo con los usuarios lo realiza de forma:
a) Individual. b) Grupal. c) De ambas formas.
16. Cuando realiza la labor de intervención con los usuarios de forma individual, la duración de las sesiones es de:
a) 50 min. b) 60 min. c) 90 min. d) Otra duración (especifique).
17. Cuando realiza la labor de intervención con los usuarios de forma grupal, la duración de las sesiones es de:
a) 50 min. b) 60 min. c) 90 min. d) Otra duración (especifique).
18. Al realizar la labor de intervención, Ud. entrevista o trabaja con la mayoría de los usuarios:
a) Una vez a la semana. b) Dos veces a la semana. c) Cuatro veces a la semana.
d) Otros (especifique).
19. Tipo de tratamientos que utiliza Ud. predominantemente en su trabajo en intervención:
a) De apoyo. b) Reeducativos. c) Reconstructivos. d) Otros (especifique).
20. Tipo de tratamientos que utiliza Ud. predominantemente en su trabajo en intervención:
a) Breves. b) Largos. c) De ambas formas.
21. En su ejercicio profesional, en promedio, ¿cuántas sesiones dura el proceso de intervención?
22. Ud. considera que la técnica de intervención que predominantemente utiliza en su ejercicio profesional:
a) Es sólo aplicable en el tratamiento de pacientes neuróticos.
b) Es sólo aplicable en el tratamiento de pacientes psicóticos.
c) Es aplicable tanto a pacientes neuróticos como psicóticos.
d) Es aplicable a la gente en general que lo solicite.
e) Es aplicable a... (especifique).
23. Las metas de la labor de intervención:
a) Son fijadas por el psicólogo clínico.
b) Son fijadas por el entrevistado.
c) Son fijadas de común acuerdo entre el psicólogo clínico y el entrevistado.
d) Son fijadas por... (especifique).
24. En el trabajo de intervención, la confidencialidad sobre el material del entrevistado:
a) Debe ser siempre respetada por el psicólogo clínico.
b) Depende del caso del entrevistado y de determinadas circunstancias el que se respete o no la confidencialidad sobre el material del entrevistado.

25. La terminación del proceso de intervención:
- a) Es fijada por el psicólogo clínico, quien considera que las metas de la intervención se han logrado.
 - b) Es fijada por el entrevistado, quien considera que las metas de la intervención se han logrado.
 - c) Es fijada de común acuerdo por el psicólogo clínico y el entrevistado quienes consideran que las metas de la intervención se han logrado.
 - d) Es fijada por... (especifique).
26. Durante su labor de intervención, ¿hace Ud. una detallada historia del entrevistado?
- Frecuentemente _____ Raramente
- a b c d e
27. En su trabajo con los pacientes en forma individual, para Ud. y la teoría y técnica con la que Ud. interviene predominantemente, el pasado del paciente:
- a) No trabajo con los pacientes en forma individual.
 - b) Es importante para conocer el origen de su conflictiva.
 - c) No es importante para conocer el origen de su conflictiva, ya que el tratamiento se centra en la conflictiva que el paciente tiene en el presente.
28. En su trabajo con los pacientes en forma grupal, para Ud. y la teoría y técnica con la que Ud. interviene predominantemente, el pasado del paciente:
- a) No trabajo con los pacientes en forma grupal.
 - b) Es importante para conocer el origen de su conflictiva.
 - c) No es importante para conocer el origen de su conflictiva, ya que el tratamiento se centra en la conflictiva que el paciente tiene en el presente.
29. En su trabajo de intervención, el tratamiento de la mayoría de sus pacientes se enfoca en:
- a) Lo síntomas y trastornos con el medio.
 - b) Los eventos diarios y las relaciones interpersonales.
 - c) En las asociaciones libres del paciente (sin guiarlas).
 - d) En las situaciones comunes y corrientes, en las relaciones interpersonales y otras fuentes de conflicto, y a veces en las asociaciones libres del paciente.
 - e) En otros aspectos (especifique).

30. ¿Qué tipo de actividad desempeña Ud. durante el tratamiento de la mayoría de sus pacientes?
- Mi actividad va enfocada a reforzar las defensas del paciente.
 - Mi actividad va enfocada a desafiar las defensas existentes en el paciente, de forma no directiva, pasiva y anónima.
 - Mi actividad va enfocada a desafiar las defensas existentes en el paciente, y va de la directividad a la no directividad.
 - Desarrollo gran actividad, enfocada a desafiar las defensas existentes en el paciente, que va de la directividad a la relativa no directividad.
 - Otros tipos de actividad (especifique).
31. En su labor de intervención, en cuanto a la relación paciente-terapeuta:
- No es relevante la relación paciente-terapeuta en el tratamiento que predominantemente utilizo.
 - Se fomenta y utiliza la relación positiva.
 - Se permite que la relación surja espontáneamente.
 - Se permite que la relación surja espontáneamente y ocasionalmente se fomenta y utiliza la relación positiva.
 - Otra utilización de la relación (especifique).
32. ¿Cómo maneja Ud. la transferencia en el tratamiento que predominantemente utiliza?
33. ¿Cómo maneja Ud. la neurosis transferencial en el tratamiento que predominantemente utiliza?
34. En su labor de intervención, el material de los sueños del paciente:
- No se utiliza durante el tratamiento.
 - Se utiliza constantemente en el tratamiento.
 - Se utiliza o no en el tratamiento según el caso del paciente y el tipo de tratamiento.
35. ¿Cree Ud. necesaria la supervisión para los psicólogos clínicos que utilicen alguna técnica de intervención?
- Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo
- a b c d e
36. ¿En alguna ocasión, desde que Ud. labora en el área de intervención, ha tenido supervisión?
- Frecuentemente Nunca
- a b c d e
37. Si ha tenido supervisión, ¿con qué tipo de profesional? (puede escoger varias opciones de respuesta)
- Médico.
 - Psiquiatra.
 - Psicólogo.
 - Psicoanalista.
 - Otros (especifique).
38. Si Ud. trabaja o trabajó en una institución, ¿quién evalúa o evaluó su trabajo? (puede escoger varias opciones de respuesta)
- Médico.
 - Psiquiatra.
 - Psicólogo.
 - Psicoanalista.
 - Otros (especifique).
39. ¿Ha supervisado Ud. en alguna ocasión el trabajo de intervención de alguna otra persona?
- Sí.
 - No.

APÉNDICE C:
CODIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO:
CLASIFICACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE CÓDIGOS
A CADA
RESPUESTA DEL CUESTIONARIO.

HOJA DE RESPUESTAS:

HOJA DE DATOS PERSONALES GENERALES: (Var. r.)= Se pueden escoger varias opciones de respuesta.

<u>NO. VARIABLE:</u>	<u>VARIABLE:</u>	<u>CÓDIGOS:</u>
1	<i>No. Identificación.</i>	01-77 (Muestra: 77 cuestionarios).
2	<i>Edad.</i>	1. 20-25 años. 2. 26-31 años. 3. 32-37 años. 4. 38-43 años. 5. 44-49 años. 6. 50-55 años.
3	<i>Sexo.</i>	1. Femenino. 2. Masculino.
4	<i>Licenciatura- Escuela de procedencia.</i>	1. Facultad de Psicología, U.N.A.M. 2. E.N.E.P.-Iztacala (U.N.A.M.). 3. F.E.S.-Zaragoza (U.N.A.M.). 4. U.A.M. 5. Otras universidades particulares. (Iberoamericana, U. Fern. de Méx., U. del Valle Méx.).
5	<i>Licenciatura- Fecha de ingreso.</i>	1. 1964-1970. 2. 1970-1976. 3. 1976-1982. 4. 1982-1988. 5. 1988-1994.
6	<i>Licenciatura- Área predominante de subespecialización.</i>	1. Clínica. 2. Educativa. 3. Social. 4. General.
7	<i>Licenciatura- Pasante (100% créditos).</i>	1. Sí. 2. No.
8	<i>Licenciatura- Titulado.</i>	1. Sí. 2. No.
9	<i>Licenciatura- Fecha de titulación.</i>	1. 1964-1970. 2. 1970-1976. 3. 1976-1982. 4. 1982-1988. 5. 1988-1994.
10	<i>Especialización- ¿Cursó?</i>	1. Sí. 2. No.
11	<i>Especialización- Nombre del curso.</i>	1. Psicoterapia de grupo. 2. Psicoanálisis. 3. Terapia humanista. 4. Terapia familiar. 5. Otro tipo de terapia.
12	<i>Especialidad- Institución donde cursó.</i>	1. Facultad de Psicología, U.N.A.M. 2. I.F.A.C. (Instituto de la Familia, A.C.) 3. Sociedad de Psicoanálisis y Psicoterapia. 4. Universidad Iberoamericana. 5. Universidad Autónoma de Puebla. 6. Fundación Mexicana de Salud Mental. 7. ELEIA Actividades Psicológicas, A.C. 8. Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt. 9. Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica.

13	Especialidad- Objetivo del curso.	0. No contestó objetivo. 1. Formar psicoterapeutas de grupo. 2. Formar psicoterapeutas de familia y de pareja. 3. Formar psicoanalistas. 4. Formar psicoterapeutas infantiles. 5. Fundamentos en Psicoterapia Gestalt. 6. Que la psicoterapia llegue a toda la población.
14	Especialidad- Duración.	1. De 1 a 2 años. 2. De 2 a 3 años. 3. De 3 a 4 años. 4. Más de 4 años.
15	Especialidad- Fecha de inicio.	1. 1964-1970. 2. 1970-1976. 3. 1976-1982. 4. 1982-1988. 5. 1988-1994.
16	Maestría- ¿Cursó?	1. Sí. 2. No.
17	Maestría ¿En qué fue la Maestría?	1. Psicología clínica. 2. Psicología educativa. 3. Otra.
18	Maestría-Institución.	1. U.N.A.M. -Facultad de Psicología. 2. Universidad Iberoamericana. 3. U.A.M. 4. Universidad Intercontinental. 5. Otra.
19	Maestría- Duración.	1. De 1 a 2 años. 2. De 2 a 3 años.
20	Maestría- Fecha de inicio.	1. 1964-1970. 2. 1970-1976. 3. 1976-1982. 4. 1982-1988. 5. 1988-1994.
21	Maestría- Fecha de Tesis.	1. 1964-1970. 2. 1970-1976. 3. 1976-1982. 4. 1982-1988. 5. 1988-1994.
22	Doctorado- ¿Cursó?	1. Sí. 2. No.
23	Doctorado- ¿En qué fue el Doctorado?	1. Psicología clínica. 2. Otro.
24	Doctorado- Institución.	1. U.N.A.M. 2. Universidad Iberoamericana. 3. U.A.M. 4. Universidad Intercontinental. 5. Otra.
25	Doctorado- Duración.	1. De 1 a 2 años. 2. De 2 a 3 años.
26	Doctorado- Fecha de Inicio.	1. 1964-1970. 2. 1970-1976. 3. 1976-1982. 4. 1982-1988. 5. 1988-1994.
27	Doctorado- Fecha de tesis.	1. 1964-1970. 2. 1970-1976. 3. 1976-1982. 4. 1982-1988. 5. 1988-1994.
28	Cursos de Actualización- Nombre.	1. Psicoterapia individual. 2. Psicoterapia de Grupo. 3. Terapia familiar. 4. Orientación (se incluyó en psicoterapia individual.). 5. Dos tipos de intervención. 6. Otro tipo de intervención.

29	Cursos de actualización- Institución.	<ol style="list-style-type: none"> 1. U.N.A.M. 2. Particular. 3. Gubernamental. 4. Dos opciones.
30	Cursos de actualización- Objetivo.	<ol style="list-style-type: none"> 0. No contestó. 1. Cursos cuyo objetivo era informar sobre aspectos teóricos-prácticos generales sobre alguna o varias técnicas de intervención. 2. Cursos más específicos en teorías y técnicas de intervención. 3. Cursos con énfasis en capacitación en los aspectos prácticos de técnicas de intervención. 4. Cursos para capacitarse como instructor en alguna técnica de intervención. 5. Dos tipos de objetivos. 6. Tres tipos de objetivos
31	Cursos de actualización- No. de horas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1-5 horas. 2. 6-10 horas. 3. 11-15 horas. 4. 16-20 horas. 5. 25-30 horas. 6. Más de 30 horas.
32	Situación laboral.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Institucional. 2. Particular. 3. Ambas formas.
33	Institución donde labora.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretaría de Salud. 2. SEP. 3. D.D.F. 4. I.M.S.S. 5. D.I.F. 6. C.I.J. 7. CONASIDA. 8. I.S.S.S.T.E. 9. Institución particular.
34	Nombramiento.	<ol style="list-style-type: none"> 0. No contestó (ó no trabaja en institución). 1. Psicólogo. 2. Psicólogo especializado. 3. Psicólogo clínico. 4. Psicoterapeuta. 5. Perito Profesional del D.D.F. 6. Técnico. 7. Jefe.
35	Funciones- Trabajo Institucional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención. 2. Psicodiagnóstico. 3. Investigación. 4. Otras. 5. Intervención-Psicodiagnóstico. 6. Intervención-Investigación. 7. Interv.-Psicod.-Investig. 8. Interv.-Psicod.-Otras. 9. Interv.-Psicod.-Invest.-Otras.
36	Funciones- Trabajo Particular.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención. 2. Psicodiagnóstico. 3. Investigación. 4. Otras. 5. Intervención-Psicodiagnóstico. 6. Intervención-Investigación. 7. Interv.-Psicod.-Investig. 8. Interv.-Psicod.-Otras. 9. Interv.-Psicod.-Invest.-Otras.
37	Tiempo de experiencia en intervención- Trabajo institucional.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 1 año. 2. De 1 a 4 años. 3. De 5 a 8 años. 4. De 9 a 12 años. 5. De 13 a 16 años. 6. De 17 a 20 años. 7. Más de 20 años.

Tiempo de experiencia en intervención- Trabajo particular.

1. Menos de 1 año.
2. De 1 a 4 años.
3. De 5 a 8 años.
4. De 9 a 12 años.
5. De 13 a 16 años.
6. De 17 a 20 años.
7. Más de 20 años.

CODIFICACIÓN DE PREGUNTAS NUMERADAS:

<u>Campo:</u>	<u>No. Preg.:</u>	<u>Variable:</u>	<u>Códigos:</u>
39	1	Definición de Técnica de Intervención Clínica.	<p>0. No contestó.</p> <p>1. Intervención que hace un psicólogo para tratar los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medios o métodos psicológicos.</p> <p>2. Herramientas, procedimientos, estrategias, técnicas, que se utilizan para resolver la problemática emocional de las personas, sustentadas por una teoría o metodología específica.</p> <p>3. Procedimientos utilizados para analizar la problemática de los pacientes y a partir de un diagnóstico tratar sus problemas haciendo consciente lo inconsciente, y buscar alternativas de solución.</p> <p>4. Instrumentos o procedimientos utilizados para modificar la conducta de un paciente, quien refiere desajustes con su medio.</p> <p>5. La manera de trabajar con el paciente para solucionar sus necesidades y demandas buscando alternativas a su problemática o conflictiva.</p>
40	2	Requisitos trabajo intervención institución. (Var. r.)	<p>(Ver cuestionario también).</p> <p>1= a. Pasante.</p> <p>2= b. Titulado.</p> <p>3= c. Posgrado.</p> <p>4= d. Formación técnicas intervención.</p> <p>5= e. (Otros).</p> <p>6= Dos opciones.</p> <p>7= Tres opciones.</p> <p>8= Cuatro opciones.</p>
41	3	Licenciatura capacitó o no para intervenir.	<p>1= a. Sí.</p> <p>2= b. No.</p>
42	4	Si pregunta 3= sí, ¿cuáles materias?	<p>0. No contestó.</p> <p>1. Bloque Fundamentos Teóricos (Teorías de la Personalidad I y II/ Psicología Clínica).</p> <p>2. Bloque Psicopatología y Alteraciones de la Personalidad (Psicopatología / Desórdenes Orgánicos de la Conducta, Personalidad Psicopática y Sociopatía/ Psicopatología de la Época del Crecimiento y Desarrollo del Hombre/ Teoría General y Especial de las Neurosis/ Teoría General y Especial de las Psicosis).</p> <p>3. Bloque Psicodiagnóstico (Evaluación de la Personalidad/ Pruebas de la Personalidad/ Diagnóstico Psicométrico en clínica/ Integración de Estudios Psicológicos).</p> <p>4. Intervención y Ayuda (Teoría y Técnica de la Entrevista/ Introducción a la Psicoterapia/ Psicología Clínica y Psicoterapia I y II/ Psicodinámica de Grupos I y II/ Modificación de Conducta/ Rehabilitación Conductual).</p> <p>5. Bloque tronco común (Psicometría/ Desarrollo Psicológico., etc.).</p> <p>6. Otras no clasificadas en las anteriores ó pertenecientes a otras áreas de la Psicología.</p> <p>7. Dos bloques.</p> <p>8. Tres bloques.</p> <p>9. Cuatro bloques o más de 3 bloques.</p>

43	5	Si pregunta 3= no, ¿porqué no?	<p>0. No contestó.</p> <p>1. Las materias de la Licenciatura son muy generales, sólo de teorías y se descuida el área de intervención.</p> <p>2. La formación en técnicas de intervención es ecléctica, teórica y hacen falta prácticas.</p> <p>3. Predominancia de 1 ó 2 enfoques de técnicas de intervención, en lo teórico y faltó entrenamiento.</p> <p>4. El plan de estudios de Licenciatura tiene mayor énfasis de formación en la realización de psicodiagnóstico y no en intervención.</p> <p>5. Deficiencias en los planes de estudio.</p> <p>6. Porque se requiere formación integral, que implica conocimientos teóricos, experiencia clínica bajo supervisión y psicoterapia personal.</p> <p>7. Porque se formaron predominantemente en otra área de la psicología y no en el área de psicología clínica.</p>
44	6	Si pregunta. 3= no, ¿qué enfatizar?	<p>0. No contestó.</p> <p>1. Respuestas relacionadas con el plan de estudios: mejorar o incluir materias relacionadas con intervención, de diferentes corrientes y tipos y a personas de diferentes edades. Mejorar las materias del área clínica en general. Tener prácticas en técnicas de intervención en Inst. de salud mental. Ampliar el tiempo de subespecialidad en área clínica con un perfil teórico-técnico y profesional más definido, de acuerdo a la realidad (laboral). Enfatizar el ser terapeuta.</p> <p>2. Apoyar la enseñanza de técnicas de intervención de diferentes corrientes con práctica supervisada en inst., terapia personal, enfatizar en teoría psicoanalítica.</p> <p>3. Maestros con experiencia institucional y privada y ser exigentes con los alumnos.</p>
45	7	Diferencias en formación en egresados de diferentes universidades. (Ver escala en cuestionario)	<p>De 1=a("Totalmente de acuerdo") a 5=e ("Totalmente en desacuerdo").</p>
46	8	Si pregunta. 7= afirmativo, ¿Qué diferencias?	<p>0. No contestó.</p> <p>1. Diferencias en el plan de estudios y en la preparación y orientaciones de los profesores. Que el maestro dé el contenido real de las materias del plan de estudios.</p> <p>2. Diferencias en las orientaciones y enfoques teóricos de los planes de estudio. Enfoques de técnicas y métodos. Existencia o no de formación en área clínica. Actualización de la información.</p> <p>3. Diferencias en el énfasis de poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos en técnicas de intervención con pacientes.</p> <p>4. Mejor preparación en universidades privadas (cuest. que especificaron esto): materias con más énfasis y variedad de enseñanza en técnicas de intervención., más asesorías, más prácticas, más psicodinámicas.</p> <p>5. Los egresados de la Facultad de Psicología, de la U.N.A.M. (específicamente) tienen un mayor conocimiento de las cuestiones clínicas que los egresados de otras universidades, en cuanto a que se es más exhaustivo.</p> <p>6. En las otras universidades (no la U.N.A.M.) están más enteradas de las exigencias laborales.</p>

47	9	Técnicas de intervención que maneja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo. 2. Reeducativas 3. Reconstructivas. 4. Orientación (se incluyó en Apoyo). 5. Dos tipos de técnicas. 6. Tres tipos de técnicas 7. Cuatro tipos técnicas.
48	9	Dónde adquirió conocimientos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciatura. 2. Trabajo. 3. Cursos particulares. 4. Cursos de Especialidad. 5. Maestría. 6. Cursos de actualización. 7. Dos opciones. 8. Tres opciones 9. Más de 3 opciones.
49	9	Corriente teórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoanálisis. 2. Conductual. 3. Humanista. 4. Sistémica. 5. Ecléctica. 6. Otra.
50	10	¿Cuáles aplica rutinariamente?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo. 2. Reeducativas 3. Reconstructivas. <p>(4. Orientación: se incluyó en apoyo ya que hubo sólo 3 casos).</p>
51	11	Su trabajo lo realiza con: (Var. r.)	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Niños. 2= b. Adolescentes. 3= c. Adultos. 4= d. Otros. 5= Dos etapas del desarrollo. 6= Tres etapas del desarrollo. 7= Cuatro etapas del desarrollo.
52	12	Nivel socioeconómico de los usuarios	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Bajo. 2= b. Medio. 3= c. Alto. 4= Bajo y medio 5= Medio y alto 6= Bajo, medio y alto.
53	13	Horas a la semana dedicadas a intervención.	<ol style="list-style-type: none"> 0. No contestó. 1. 3-12 horas. 2. 13-22 horas. 3. 23-32 horas. 4. 33-40 horas. 5. Más de 40 horas. 6. Variable.
54	14	Trabaja:	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Solo. 2= b. En equipo con otros profesionales. 3= c. De ambas formas.
55	15	Interviene con los usuarios de forma:	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Individual. 2= b. Grupal. 3= c. Ambas formas.
56	16	Duración de las sesiones individuales.	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. 50 min. 2= b. 60 min. 3= c. 90 min. 4= d. Otra.
57	17	Duración de las sesiones de grupo.	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. 50 min. 2= b. 60 min. 3= c. 90 min. 4= d. Otra.
58	18	Trabaja con la mayoría de los usuarios	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Una vez a la semana. 2= b. Dos veces a la semana. 3= c. Cuatro veces a la semana. 4= d. Otros.

47	9	Técnicas de intervención que maneja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo. 2. Reeducativas 3. Reconstructivas. 4. Orientación (se incluyó en Apoyo). 5. Dos tipos de técnicas. 6. Tres tipos de técnicas 7. Cuatro tipos técnicas.
48	9	Dónde adquirió conocimientos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciatura. 2. Trabajo. 3. Cursos particulares. 4. Cursos de Especialidad. 5. Maestría. 6. Cursos de actualización. 7. Dos opciones. 8. Tres opciones 9. Más de 3 opciones.
49	9	Corriente teórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoanálisis. 2. Conductual. 3. Humanista. 4. Sistémica. 5. Ecléctica. 6. Otra.
50	10	¿Cuáles aplica rutinariamente?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo. 2. Reeducativas 3. Reconstructivas. (4. Orientación; se incluyó en apoyo ya que hubo sólo 3 casos).
51	11	Su trabajo lo realiza con: (Var. r.)	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Niños. 2= b. Adolescentes. 3= c. Adultos. 4= d. Otros. 5= Dos etapas del desarrollo. 6= Tres etapas del desarrollo. 7= Cuatro etapas del desarrollo.
52	12	Nivel socioeconómico de los usuarios 1= a. Bajo.	<ol style="list-style-type: none"> 2= b. Medio. 3= c. Alto. 4= Bajo y medio 5= Medio y alto 6= Bajo, medio y alto.
53	13	Horas a la semana dedicadas a intervención.	<ol style="list-style-type: none"> 0. No contestó. 1. 3-12 horas. 2. 13-22 horas. 3. 23-32 horas. 4. 33-40 horas. 5. Más de 40 horas. 6. Variable.
54	14	Trabaja:	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Solo. 2= b. En equipo con otros profesionales. 3= c. De ambas formas.
55	15	Interviene con los usuarios de forma:	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Individual. 2= b. Grupal. 3= c. Ambas formas.
56	16	Duración de las sesiones individuales.	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. 50 min. 2= b. 60 min. 3= c. 90 min. 4= d. Otra.
57	17	Duración de las sesiones de grupo. 1= a. 50 min.	<ol style="list-style-type: none"> 2= b. 60 min. 3= c. 90 min. 4= d. Otra.
58	18	Trabaja con la mayoría de los usuarios	<ol style="list-style-type: none"> 1= a. Una vez a la semana. 2= b. Dos veces a la semana. 3= c. Cuatro veces a la semana. 4= d. Otros.

59	19	Tipo de tratamientos que utiliza predominantemente.	1= a. Apoyo. 2= b. Reeducativos. 3= c. Reconstructivos. 4= d. Otros. (Orientación se incluyó en apoyo)
60	20	Tipo de (tratamientos utilizados predominantemente.	1= a. Breves. 2= b. Largos. 3= c. De ambas formas.
61	21	Promedio duración del tratamiento en sesiones	0. No contestó. 1. 1 a 5 sesiones. 2. 6 a 10 sesiones. 3. 11 a 15 sesiones. 4. 16 a 20 sesiones. 5. 21 a 25 sesiones. 6. 26 a 30 sesiones. 7. Más de 30 sesiones. 8. Variable.
62	22	Técnica de intervención aplicable a:	1= a. Neuróticos. 2= b. Psicóticos. 3= c. Neuróticos/Psicóticos. 4= d. Gente en gral. 5= e. (Especifique).
63	23	Metas de la intervención fijadas por:	1= a. Psicólogo clínico(a). 2= b. Entrevistado(b). 3= c. Común acuerdo(c). 4= d. (Especifique)
64	24	Confidencialidad:	1= a. Siempre respetada. 2= b. Depende.
65	25	Terminación del proceso de intervención:	1= a. Fijada por psicólogo clínico. 2= b. Fijada por entrevistado. 3= c. Común acuerdo. 4= d. (Especifique).
66	26	Detallada historia del entrevistado:	De 1= a ("Frecuentemente") a 5= e ("Raramente") (ver escala en cuestionario).
67	27	Pasado del Paciente en intervención individual:	1= a. No trabajo en forma individual. 2= b. Es importante. 3= c. No es importante.
68	28	Pasado de los Pacientes en intervención grupal:	1= a. No trabajo en forma grupal . 2= b. Es importante. 3= c. No es importante.
69	29	El Tratamiento se enfoca en:	1= a. Síntomas y trastornos. 2= b. Eventos diarios y relaciones interpersonales. 3= c. Asociaciones libres. 4= d. Situaciones comunes y corrientes, etc. 5= e. (Especifique).
70	30	Actividad durante el tratamiento:	1= a. Reforzar las defensas del paciente. 2= b. Desafiar las defensas del paciente de forma no directiva, etc. 3= c. Desafiar las defensas del paciente, de la directividad a la no directividad. 4= d. Gran actividad, etc. 5= e. (Especifique).
71	31	Relación paciente-terapeuta	1= a. No es relevante. 2= b. Se fomenta y utiliza la relación positiva 3= c. Se permite que surja espontáneamente. 4= d. Se permite que surja espontáneamente y ocasionalmente relación positiva. 5= e. (Especifique).

0= No contestó.

1. Se promueve la transferencia positiva y se utiliza para promover el mejoramiento del paciente (Wolberg: Terapias de apoyo).
2. Se controla la transferencia positiva y, si es posible, se utiliza para promover el mejoramiento del paciente (Wolberg: Terapias Reeducativas).
3. Se interpreta la transferencia en términos de sus orígenes genéticos. Se fomenta la transferencia hasta el punto del desarrollo de la neurosis transferencial (Wolberg: Terapias Reconstructivas: psicoanálisis clásico).
4. Se fomenta la transferencia hasta el punto de hacer consciencia de actitudes y sentimientos reprimidos. Se analiza la transferencia en términos de la estructura del carácter o de los orígenes genéticos. Algunos analistas evitan la neurosis transferencial (Wolberg: Terapias Reconstructivas: psicoanálisis No-freudiano).
5. Se fomenta la transferencia hasta el punto de hacer consciencia de actitudes y sentimientos reprimidos. Se analiza la transferencia en términos de la estructura del carácter y ocasionalmente de sus orígenes genéticos. Se evita como regla la neurosis transferencial (Wolberg: Terapias Reconstructivas: psicoterapia psicoanalíticamente orientada).
6. Otro manejo de la transferencia.
7. No la maneja.

(Relacionada con pregunta 32).

0. No contestó.

1. Se fomenta la transferencia hasta el punto del desarrollo de la neurosis transferencial (Wolberg: Terapias Reconstructivas: Psicoanálisis clásico).
2. Algunos terapeutas evitan la neurosis transferencial (Wolberg: Terapias Reconstructivas: Psicoanálisis no freudiano).
3. Siempre se evita la neurosis transferencial (Wolberg: Terapias Reconstructivas: Psicoterapia psicoanalíticamente orientada).
4. Otro manejo.
5. No la maneja.

- 1= a. No se utilizan durante el tratamiento.
- 2= b. Se utilizan constantemente durante el tratamiento.

3= c. Se utilizan o no, etc.

(Ver escala en cuestionario)

De 1= a ("Totalmente de acuerdo")

a 5= e ("Totalmente en desacuerdo").

(Ver escala en cuestionario)

De 1= a ("Frecuentemente")

a 5= e ("Nunca").

(Var. r.)

2= b. Psiquiatra.

3= c. Psicólogo.

4= d. Psicoanalista.

5= e (Especifique).

6= Dos profesionales.

7= Tres profesionales.

(Var. r.)

1= a. Médico.

2= b. Psiquiatra.

3= c. Psicólogo.

4= d. Psicoanalista.

5= e (Especifique).

6= Dos profesionales.

7= Tres profesionales.

79	39	¿Ha supervisado el trabajo de otra persona?	1= a. Sí. 2= b. No.
80	40	Necesario terapia personal: (Ver escala en cuestionario)	De 1=a ("Totalmente de acuerdo") a 5=e ("Totalmente en desacuerdo").
81	41	¿Ha tenido psicoterapia personal? 1= a. Sí.	2= b. No.
82	42	Si contestó afirmativamente la pregunta 41, ¿lo trató en institución o de forma particular?	1= a. En institución. 2= b. De forma particular. 3= c. De ambas formas.
83	43	Si contestó afirmativamente la pregunta 41, ¿con qué tipo de profesional? (Var. r.)	1= a. Médico. 2= b. Psiquiatra. 3= c. Psicólogo. 4= d. Psicoanalista. 5= e (Especifique). 6= Dos profesionales. 7= Tres profesionales.
84	44	Si contestó afirmativamente la pregunta 41, ¿de qué orientación era ó es su terapeuta?	1. Psicoanálisis. 2. Humanismo. 3. Otro. 4. Dos orientaciones.
85	45	Si contestó afirmativamente la pregunta 41, ¿cuánto tiempo estuvo ó lleva en tratamiento?	0. No contestó. 1. Menos de 1 año. 2. 1-5 años. 3. 6-10 años. 4. Más de 10 años.
86	46	Si contestó afirmativamente la pregunta 41, ¿terminó Ud. su tratamiento?	1= a. Sí. 2= b. No. 3= c. Se suspendió temporalmente. 4. Continúa en tratamiento.
87		Grado académico de los encuestados.	1. Licenciatura. 2. Licenciatura con cursos de actualización. 3. Especialidad. 4. Especialidad con cursos de actualización. 5. Maestría. 6. Doctorado.

APÉNDICE D:
ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, TABLAS DE FRECUENCIAS Y
PORCENTAJES:
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA Y
RESPUESTAS A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS
DEL CUESTIONARIO.

TABLA NO. 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.
MUESTRA: 77 PSICÓLOGOS.

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NACIONALIDAD	MEXICANA	77	100
EDAD	20 A 25 AÑOS	4	5.2
	26 A 31 AÑOS	24	31.2
	32 A 37 AÑOS	34	44.2
	38 A 43 AÑOS	14	18.2
	44 A 49 AÑOS	1	1.3
SEXO	FEMENINO	56	72.7
	MASCULINO	21	27.3

TABLA NO. 2: CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA EN CUANTO A ESTUDIOS DE LICENCIATURA.

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
ESCUELA DE PROCEDENCIA	FAC. DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.	42	54.5
	E.N.E.P.-IZTACALA, U.N.A.M.	8	10.4
	F.E.S.-ZARAGOZA, U.N.A.M.	14	18.2
	U.A.M.	10	13
	OTRAS UNIVERSIDADES PARTICULARES	3	3.9
FECHA DE INGRESO	1964-1970	1	1.3
	1970-1976	15	19.5
	1976-1982	30	39
	1982-1988	29	37.7
	1988-1994	2	2.6
ÁREA PREDOMINANTE DE SUBESPECIALIZACIÓN	CLÍNICA	37	48.1
	EDUCATIVA	9	11.7
	SOCIAL	9	11.7
	GENERAL	22	28.6
	PASANTES	32	41.6
SITUACION ACADÉMICA	TITULADOS	45	58.4
	NO TITULADOS	32	41.6
FECHA DE TITULACION	1976-1982	3	3.9
	1982-1988	28	36.4
	1988-1994	14	18.2
	NO CONTESTARON	32	41.6

TABLA NO. 3: CARACTERÍSTICAS DE LOS PSICÓLOGOS QUE TIENEN ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD.

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
¿CURSO ESPECIALIDAD?	SI	10	13
	NO	67	87
NOMBRE DEL CURSO	PSICOTERAPIA DE GRUPO	1	1.3
	PSICOANÁLISIS	4	5.2
	TERAPIA HUMANISTA	2	2.6
	TERAPIA FAMILIAR	2	2.6
	OTRO TIPO DE TERAPIA	1	1.3
	NO CONTESTARON	67	87

TABLA NO. 3: CARACTERÍSTICAS DE LOS PSICÓLOGOS QUE TIENEN ESTUDIOS DE ESPECIALIDAD (CONT.).

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
INSTITUCIÓN DONDE LA CURSO	FACULTAD DE PSICOLOGÍA, U.N.A.M.	1	1.3
	I.F.A.C.	2	2.6
	SOC. DE PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA	1	1.3
	U.I.A.	1	1.3
	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA	1	1.3
	FUNDACIÓN MEXICANA DE SALUD MENTAL	1	1.3
	ELEIA ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS	1	1.3
	INSTITUTO MEXICANO. DE PSICOTERAPIA GESTALT	1	1.3
	ASOC. MEX. DE PSICOTER. PSICOANALÍTICA	1	1.3
	NO CONTESTARON	67	87
OBJETIVO	FORMACIÓN PSICOTERAPEÚTICA GRUPAL	1	1.3
	FORMACIÓN PSICOTERAPEÚTICA DE FAMILIA Y DE PAREJA	2	2.6
	FORMAR PSICOANALISTAS	2	2.6
	FORMAR PSICOTERAPEUTAS INFANTILES	1	1.3
	FUNDAMENTOS EN PSICOTERAPIA GESTALT	1	1.3
	QUE LA PSICOTERAPIA LLEGUE A TODA LA POBLACIÓN	1	1.3
	NO CONTESTARON	69	89.6
DURACIÓN	DE 1 A 2 AÑOS	5	6.5
	DE 2 A 3 AÑOS	2	2.6
	DE 3 A 4 AÑOS	2	2.6
	MAS DE 4 AÑOS	1	1.3
	NO CONTESTARON	67	87
FECHA DE INICIO	1982-1988	3	3.9
	1988-1994	7	9.1
	NO CONTESTARON	67	87

TABLA NO. 4: CARACTERÍSTICAS DE LOS PSICÓLOGOS QUE TIENEN ESTUDIOS DE MAESTRÍA.

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
¿TIENE ESTUDIOS DE MAESTRÍA?	SÍ	14	18.2
	NO	63	81.8
¿EN QUE FUE LA MAESTRÍA?	PSICOLOGÍA CLINICA	9	11.7
	PSICOLOGÍA EDUCATIVA	2	2.6
	OTRA	3	3.9
	NO CONTESTARON	63	81.8
INSTITUCIÓN DONDE LA CURSO	FAC. DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.	11	14.3
	UNIV. INTERCONTINENTAL	1	1.3
	OTRA	2	2.6
DURACIÓN	NO CONTESTARON	63	81.8
	DE 1 A 2 AÑOS	13	16.9
	DE 2 A 3 AÑOS	1	1.3
FECHA DE INICIO	NO CONTESTARON	63	81.8
	1976-1982	1	1.3
	1982-1988	5	6.5
	1988-1994	8	10.4
FECHA DE TESIS	NO CONTESTARON	63	81.8
	1988-1994	2	2.6
	NO CONTESTARON	75	97.4

TABLA NO. 5: CARACTERÍSTICAS DE LOS PSICÓLOGOS QUE TIENEN ESTUDIOS DE DOCTORADO.

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
¿TIENE ESTUDIOS DE DOCTORADO?	SI	1	1.3
	NO	76	98.7
¿EN QUE FUE EL DOCTORADO?	OTRO	1	1.3
	NO CONTESTARON	76	98.7
INSTITUCION DONDE LA CURSO	UNIV. INTERCONTINENTAL	1	1.3
	NO CONTESTARON	76	98.7
DURACION	DE 1 A 2 AÑOS	1	1.3
	NO CONTESTARON	76	98.7
FECHA DE INICIO	1988-1994	1	1.3
	NO CONTESTARON	76	98.7
FECHA DE TESIS	NO CONTESTARON	76	98.7

TABLA NO. 6: CARACTERÍSTICAS DE LOS PSICÓLOGOS QUE TIENEN CURSOS DE ACTUALIZACIÓN.

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NOMBRE DEL CURSO DE ACTUALIZACIÓN	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	17	22.1
	TERAPIA FAMILIAR	8	10.4
	DOS TIPOS DE INTERVENCION	10	13
	NO CONTESTARON	42	54.5
INSTITUCIÓN DONDE LOS CURSÓ	UNAM	6	7.8
	PARTICULAR	12	15.6
	GUBERNAMENTAL	14	18.2
	DOS OPCIONES	3	3.9
	NO CONTESTARON	42	54.5
OBJETIVO DE LOS CURSOS	INFORMAR SOBRE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS GRALES. DE 1 Ó VARIAS TÉC. DE INTERVENCIÓN	15	19.5
	CURSOS MAS ESPECIF. EN TEO. Y TÉC. DE INTERV.	5	6.5
	CAPACTACIÓN EN ASPECTOS PRACTICOS DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	5	6.5
	CAPACTARSE COMO INSTRUCTOR EN ALGUNA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN	1	1.3
	DOS TIPOS DE OBJETIVOS	4	5.2
	NO CONTESTARON	47	61
	NUMERO DE HORAS	16-20 HORAS	7
	25-30 HORAS	1	1.3
	MÁS DE 30 HORAS	17	22.1
	NO CONTESTARON	52	67.5

TABLA NO. 7.: SITUACIÓN LABORAL.

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
LABORA COMO PSICOLOGO CLÍNICO DE FORMA:	INSTITUCIONAL	33	42.9
	PARTICULAR	9	11.7
	AMBAS FORMAS	35	45.5
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	SECRETARIA. DE SALUD	11	14.3
	S.E.P.	10	13
	D.D.F.	22	28.6
	I.M.S.S.	5	6.5
	D.I.F.	14	18.2
	C.I.J.	4	5.2
	CONASIDA	1	1.3
	I.S.S.S.T.E.	1	1.3
	NO CONTESTARON	9	11.7

TABLA NO. 7.: SITUACIÓN LABORAL (CONT.).

VARIABLE	CAMPOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NOMBRAMIENTO	PSICOLOGO	30	39
	PSICOLOGO ESPECIALIZADO	3	3.9
	PSICOLOGO CLINICO	18	23.4
	PSICOTERAPEUTA	4	5.2
	PERTO PROFESIONAL. D.D.F.	5	6.5
	PERSONAL DE APOYO TECNICO	2	2.6
	JEFE	3	3.9
	NO CONTESTARON	12	15.6
FUNCIONES TRABAJO INSTITUCIONAL	INTERVENCION	8	10.4
	PSICODIAGNOSTICO	1	1.3
	INVESTIGACION	2	2.6
	OTRAS	1	1.3
	INTERVENCION-PSICODIAGNOSTICO	34	44.2
	INTERVENCION-INVESTIGACION	1	1.3
	INTERV.-PSICODIAG.-INVESTIGACION	6	7.8
	INTERV.-PSICODIAGNOSTICO-OTRAS	15	19.5
NO CONTESTARON	9	11.7	
FUNCIONES TRABAJO PARTICULAR	INTERVENCIÓN	12	15.6
	INTERVENCIÓN-PSICODIAGNOSTICO	29	37.7
	INTERVENCIÓN-INVESTIGACIÓN	1	1.3
	INTERV.-PSICODIAG.-INVESTIGACION	1	1.3
	INTERV.-PSICODIAG.-INVESTIG.-OTROS	1	1.3
NO CONTESTARON	33	42.9	
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN INTERVENCIÓN TRABAJO INST.	MENOS DE UN AÑO	2	2.6
	DE 1 A 4 AÑOS	28	36.4
	DE 5 A 8 AÑOS	19	24.7
	DE 9 A 12 AÑOS	15	19.5
	DE 13 A 16 AÑOS	2	2.6
	DE 17 A 20 AÑOS	1	1.3
	NO CONTESTARON	10	13
TIEMPO DE EXPERIENCIA EN INTERVENCIÓN TRABAJO PARTICULAR	MENOS DE UN AÑO	3	3.9
	DE 1 A 4 AÑOS	17	22.1
	DE 5 A 8 AÑOS	17	22.1
	DE 9 A 12 AÑOS	5	6.5
	NO CONTESTARON	35	45.5

TABLA NO. 8.: PREGUNTA # 1: DEFINICIÓN DE TÉCNICA DE INTERVENCIÓN CLÍNICA.

RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJE:
TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE LA PERSONALIDAD POR MÉTODOS PSICOLÓGICOS	2	2.6
TÉCNICAS PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA EMOCIONAL SUSTENTADAS POR UNA TEORÍA O METODOLOGÍA ESPECÍFICA	39	50.6
PROCEDIMIENTOS PARA TRATAR LA PROBLEMÁTICA DE LOS PACIENTES HACIENDO CONSCIENTE LO INCONSCIENTE Y BUSCAR SOLUCIONES	11	14.3
PROCEDIMIENTOS PARA MODIFICAR LA CONDUCTA DE PACIENTES QUE REFIEREN DESAJUSTES CON SU MEDIO	9	11.7
MANERA DE TRABAJAR CON LOS PACIENTES PARA SOLUCIONAR SUS NECESIDADES Y DEMANDAS BUSCANDO ALTERNATIVAS A SU PROBLEMÁTICA	5	6.5
NO CONTESTARON	11	14.3

TABLA NO. 9: PREGUNTA # 2: REQUISITOS PARA OBTENER EL TRABAJO EN EL ÁREA DE INTERVENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN.

RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
SER PASANTE (100% DE CREDITOS)	24	31.2
SER TITULADO	13	16.9
TENER FORMACIÓN EN TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN	1	1.3
OTROS (ESPECIFIQUE)	6	7.8
DOS OPCIONES	22	28.6
TRES OPCIONES	4	5.2
CUATRO OPCIONES	1	1.3
NO CONTESTARON	6	7.8

TABLA NO. 10: OPINIÓN SOBRE SU FORMACIÓN ACADÉMICA DE LICENCIATURA EN CUANTO A LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN, Y SOBRE SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS EGRESADOS DE DIFERENTES UNIVERSIDADES EN CUANTO A LA FORMACIÓN ACADÉMICA PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.

PREGUNTA:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
3. ¿CONSIDERA UD. QUE SUS ESTUDIOS DE LICENCIATURA LO CAPACITARON PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN SU EJERCICIO PROFESIONAL?	SI	47	61
	NO	30	39
4. SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE LA PREGUNTA NO. 3. ¿CUALES MATERIAS DE LICENCIATURA LO CAPACITARON PARA INTERVENIR EN SU EJERCICIO PROFESIONAL?	BLOQUE DE INTERVENCIÓN Y AYUDA (TEO Y TÉC. ENTREVISTA/INTROD. PSICOTERAPIA/ PSIC. CLÍN. Y PSICOTERAPIA I Y II/PSICOD. GPOS. I Y II/MODIF. DE CONDOC./REHAB. COND.)	1	1.3
	OTRAS NO CLASIF. ANTERIORMENTE	1	1.3
	DOS BLOQUES	9	11.7
	TRES BLOQUES	18	23.4
	CUATRO BLOQUES	12	15.6
NO CONTESTARON	36	46.8	

TABLA NO. 10: OPINIÓN SOBRE SU FORMACIÓN ACADÉMICA DE LICENCIATURA EN CUANTO A LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN, Y SOBRE SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS EGRESADOS DE DIFERENTES UNIVERSIDADES EN CUANTO A LA FORMACIÓN ACADÉMICA PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN (CONT.).

PREGUNTA:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
5. SI CONTESTÓ NEGATIVAMENTE LA PREGUNTA NO. 3, ¿PORQUÉ CONSIDERA QUE SUS ESTUDIOS DE LICENCIATURA NO LO CAPACITARON PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN SU EJERCICIO PROFESIONAL?	LAS MATERIAS DE LICENCIATURA SON MUY GENERALES, SÓLO DE TEORÍAS Y SE DESCUIDA EL ÁREA DE INTERVENCIÓN.	10	13
	LA FORMACION EN TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ES ECLÉCTICA, TEÓRICA Y HACEN FALTA PRÁCTICAS	13	16.9
	PREDOMINANCA DE 1 O 2 ENFOQUES DE TÉCS. DE INTERVENCIÓN EN LO TEÓRICO Y FALTÓ ENTRENAMIENTO	2	2.6
	EL PLAN DE ESTUDIOS DE LICENCIATURA TIENE MAYOR ÉNFASIS EN PSICODIAGNÓSTICO Y NO EN INTERVENCIÓN	1	1.3
	DEFICIENCIAS EN LOS PLANES DE ESTUDIO	3	3.9
	SE REQUIERE FORMACION INTEGRAL, QUE IMPLICA CONOCIMIENTOS TEÓRICOS, EXPERIENCIA CLÍNICA BAJO SUPERVISIÓN Y PSICOTERAPIA PERSONAL	2	2.6
	PORQUE SE FORMARON PREDOMINANTEMENTE EN OTRA ÁREA DE LA PSICOLOGÍA Y NO EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	2	2.6
	NO CONTESTARON	44	57.1
6. SI CONTESTÓ NEGATIVAMENTE LA PREGUNTA NO. 3, ¿QUÉ SE DEBE ENFATIZAR EN LA FORMACIÓN DE LIC. DEL PSICÓLOGO CLÍNICO PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN SU EJERCICIO PROFESIONAL?	RESPUESTAS RELACIONADAS CON EL PLAN DE ESTUDIOS: MEJORAR LAS MATERIAS DEL ÁREA CLÍNICA EN GRAL.; TENER PRÁCTICAS EN INTERVENCIÓN; INCLUIR MATERIAS EN INTERVENCIÓN DE DIFERENTES CORRIENTES Y PARA DIF. EDADES ; AMPLIAR EL TIEMPO DE LA SUBESPEC. CON UN PERFIL TEÓ. Y TÉC. Y PROFESIONAL MÁS DEFINIDO DE ACUERDO A LA REALIDAD LABORAL; ENFATIZAR EL SER TERAPEUTA.	18	23.4
	ENSEÑANZA DE TÉCS. DE INTERVENCIÓN DE DIF. CORRIENTES CON PRÁCT. SUPERVISADA EN INSTITUCIONES, TERAPIA PERSONAL, Y ENFATIZAR EN TEORÍA PSICOANALÍTICA.	12	15.6
	MAESTROS CON EXPERIENCIA INSTITUCIONAL Y PRIVADA Y SER EXIGENTES CON LOS ALUMNOS.	2	2.6
	NO CONTESTARON	45	58.4

TABLA NO. 10: OPINIÓN SOBRE SU FORMACIÓN ACADÉMICA DE LICENCIATURA EN CUANTO A LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN, Y SOBRE SI EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS EGRESADOS DE DIFERENTES UNIVERSIDADES EN CUANTO A LA FORMACIÓN ACADÉMICA PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN (CONT.).

PREGUNTA:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
7. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA FORMACIÓN A NIVEL LIC. ENTRE EGRESADOS DE LIC. EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE DIFERENTES UNIV. EN CUANTO A SU PREPARACIÓN PARA UTILIZAR TÉCN. DE INTERVENCIÓN?	TOTALMENTE DE ACUERDO	43	55.8
	DE ACUERDO	13	16.9
	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	15	19.5
	EN DESACUERDO	1	1.3
	TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	3.9
	NO CONTESTARON	2	2.6
8. SI CONTESTO AFIRMATIVAMENTE LA PREGUNTA NO. 7. ¿QUÉ DIFERENCIAS EXISTEN?	DIFERENCIAS EN EL PLAN DE ESTUDIOS Y EN LA PREPARACIÓN Y ORIENT. DE LOS PROFESORES. QUE EL MAESTRO DÉ EL CONTENIDO REAL DEL PLAN DE ESTUDIOS.	5	6.5
	DIFERENCIAS EN LAS ORIENTACIONES Y ENFOQUES DE LOS PLANES DE ESTUDIOS.		
	EXISTENCIA O NO DEL ÁREA CLÍNICA DE SUBESPECIALIZACIÓN	36	46.8
	DIFERENCIAS EN PRACTICAS EN INTERVENCIÓN CON PACIENTES	11	14.3
	MEJOR PREPARACION EN UNIVERSIDADES PRIVADAS	4	5.2
	LOS EGRESADOS DE LA FAC. DE PSICOLOGÍA DE LA U.N.A.M. TIENEN MÁS CONOCIMIENTOS EN CLÍNICA	2	2.6
	EN LAS OTRAS UNIV. (NO EN LA U.N.A.M.) ESTÁN MÁS ENTERADOS DE LAS EXIGENCIAS LABORALES	1	1.3
	NO CONTESTARON	18	23.4

TABLA NO. 11: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJAN, DÓNDE ADQUIRIERON LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MISMAS, CORRIENTE TEÓRICA PREDOMINANTE A LA QUE PERTENECEN DICHAS TÉCNICAS, Y LAS QUE APLICAN DE FORMA RUTINARIA.

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
9. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJA:	DE APOYO	9	11.7
	REEDUCATIVAS	20	26
	RECONSTRUCTIVAS	9	11.7
	DOS TIPOS DE TÉCNICAS	33	42.9
	TRES TIPOS DE TÉCNICAS	6	7.8
DÓNDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MISMAS:	EN LA LICENCIATURA	8	10.4
	EN EL TRABAJO	7	9.1
	EN CURSOS PARTICULARES	9	11.7
	EN LOS CURSOS DE ESPECIALIDAD	3	3.9
	EN LA MAESTRÍA	1	1.3
	EN CURSOS DE ACTUALIZACIÓN	3	3.9
	DOS OPCIONES	31	40.3
	TRES OPCIONES	8	10.4
	MÁS DE 3 OPCIONES	1	1.3
	NO CONTESTARON	6	7.8
CORRIENTE TEÓRICA PREDOMINANTE:	PSICOANÁLISIS	15	19.5
	CONDUCTUAL	6	7.8
	SISTÉMICA	3	3.9
	ECLÉCTICA	44	57.1
	NO CONTESTARON	9	11.7

TABLA NO. 11: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN QUE MANEJAN, DÓNDE ADQUIRIERON LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MISMAS, CORRIENTE TEÓRICA PREDOMINANTE A LA QUE PERTENECEN DICHAS TÉCNICAS, Y LAS QUE APLICAN DE FORMA RUTINARIA (CONT.).

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
10. APLICA RUTINARIAMENTE:	DE APOYO	30	39
	REEDUCATIVAS	34	44.2
	RECONSTRUCTIVAS	13	16.9

TABLA NO. 12: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y FORMA DE TRABAJAR CON ELLOS (ENCUADRE), ASÍ COMO ASPECTOS DE FORMA DE TRABAJO EN INTERVENCIÓN.

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:	
11. SU TRABAJO LO REALIZA CON:	NIÑOS	7	9.1	
	ADOLESCENTES	3	3.9	
	ADULTOS	7	9.1	
	OTROS	1	1.3	
	DOS ETAPAS DEL DESARROLLO	21	27.3	
	TRES ETAPAS DEL DESARROLLO	35	45.5	
	CUATRO ETAPAS DEL DESARROLLO	3	3.9	
	12. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS USUARIOS:	BAJO	14	18.2
		MEDIO	24	31.2
BAJO Y MEDIO		28	36.4	
MEDIO Y ALTO		5	6.5	
BAJO, MEDIO Y ALTO		5	6.5	
	NO CONTESTARON	1	1.3	
13. HORAS A LA SEMANA DEDICADAS A LA INTERVENCIÓN:	3 A 12 HORAS	22	28.6	
	13 A 22 HORAS	13	16.9	
	23 A 32 HORAS	16	20.8	
	33 A 40 HORAS	13	16.9	
	MÁS DE 40 HORAS	5	6.5	
	VARIABLE	3	3.9	
	NO CONTESTARON	5	6.5	
14. TRABAJA:	SOLOS	28	36.4	
	EN EQUIPO CON OTROS PROFESIONALES	7	9.1	
	DE AMBAS FORMAS	42	54.5	
15. EN INTERVENCIÓN, TRABAJA CON LOS USUARIOS DE FORMA:	INDIVIDUAL	15	19.5	
	INDIVIDUAL Y GRUPAL	62	80.5	
16. DURACIÓN DE LAS SESIONES INDIVIDUALES:	50 MINUTOS	40	51.9	
	60 MINUTOS	19	24.7	
	OTRA	18	23.4	
17. DURACIÓN DE LAS SESIONES GRUPALES:	50 MINUTOS	5	6.5	
	60 MINUTOS	15	19.5	
	90 MINUTOS	29	37.7	
	OTRA	14	18.2	
	NO CONTESTARON	14	18.2	
20. TIPO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS PREDOMINANTEMENTE:	BREVES	35	45.5	
	LARGOS	3	3.9	
	DE AMBAS FORMAS	38	49.4	
	NO CONTESTARON	1	1.3	

TABLA NO. 12: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y FORMA DE TRABAJAR CON ELLOS (ENCUADRE), ASI COMO ASPECTOS DE FORMA DE TRABAJO EN INTERVENCIÓN (CONT.)

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
22. LA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PREDOMINANTEMENTE UTILIZADA ES SOLO APLICABLE A:	PACIENTES NEURÓTICOS	12	15.6
	PACIENTES PSICÓTICOS	1	1.3
	PACIENTES NEURÓTICOS Y PSICÓTICOS	14	18.2
	GENTE EN GRAL. QUE LO SOLICITE	34	44.2
	ESPECIFIQUE	15	19.5
	NO CONTESTARON	1	1.3
23. LAS METAS DE LA LABOR DE INTERVENCIÓN, SON FIJADAS POR:	PSICÓLOGO CLÍNICO	32	41.6
	ENTREVISTADO	1	1.3
	DE COMUN ACUERDO	35	45.5
	OTROS (ESPECIFIQUE)	8	10.4
	NO CONTESTARON	1	1.3
24. EN INTERVENCIÓN, LA CONFIDENCIALIDAD SOBRE EL MATERIAL DEL ENTREVISTADO:	DEBE SER SIEMPRE RESPETADA POR EL PSICÓLOGO CLÍNICO	59	76.6
	DEPENDE DEL CASO Y DE DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS EL QUE SE RESPETE O NO	17	22.1
	NO CONTESTARON	1	1.3
25. LA TERMINACIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN ES FIJADA POR:	EL PSICÓLOGO CLÍNICO AL CONSIDERAR QUE LAS METAS DE LA INTERVENCIÓN SE HAN LOGRADO	30	39
	EL ENTREVISTADO AL CONSIDERAR QUE LAS METAS DE LA INTERVENCIÓN SE HAN LOGRADO	2	2.6
	DE COMUN ACUERDO AL CONSIDERAR QUE LAS METAS DE LA INTERVENCIÓN SE HAN LOGRADO	35	45.5
	OTROS (ESPECIFIQUE)	8	10.4
	NO CONTESTARON	2	2.6
27. EN INTERVENCIÓN INDIVIDUAL PARA UD. Y LA TEO. Y TÉC. CON LA QUE INTERVIENE PREDOMINANTEMENTE, EL PASADO DEL PACIENTE:	ES IMPORTANTE PARA CONOCER EL ORIGEN DE SU CONFLICTIVA	59	76.6
	NO ES IMPORTANTE PARA CONOCER EL ORIGEN DE SU CONFLICTIVA, YA QUE EL TRATAMIENTO SE CENTRA EN LA CONFLICTIVA QUE TIENE EN EL PRESENTE	16	20.8
	NO CONTESTARON	2	2.6
28. EN INTERVENCIÓN GRUPAL PARA UD. Y LA TEO. Y TÉC. CON LA QUE INTERVIENE PREDOMINANTEMENTE, EL PASADO DEL PACIENTE:	NO TRABAJO EN FORMA GRUPAL	5	6.5
	ES IMPORTANTE PARA CONOCER EL ORIGEN DE SU CONFLICTIVA	37	48.1
	NO ES IMPORTANTE PARA CONOCER EL ORIGEN DE SU CONFLICTIVA, YA QUE EL TRATAMIENTO SE CENTRA EN LA CONFLICTIVA QUE TIENE EN EL PRESENTE	24	31.2
	NO CONTESTARON	11	14.3

TABLA NO. 13: TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO PREDOMINANTEMENTE Y ASPECTOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS REALIZADOS DURANTE DICHO TRATAMIENTO.

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
19. TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO PREDOMINANTEMENTE EN SU TRABAJO DE INTERVENCIÓN:	DE APOYO	30	39
	REEDUCATIVOS	34	44.2
	RECONSTRUCTIVOS	13	16.9
18. TRABAJA CON LA MAYORÍA DE LOS USUARIOS:	%(&)(=)UNA VEZ A LA SEMANA	51	66.2
	%(&)(#)(=)DOS VECES A LA SEMANA	7	9.1
	%(#)(=)CUATRO VECES A LA SEMANA	1	1.3
	OTROS	18	23.4
21. DURACION PROMEDIO DEL TRATAMIENTO EN SESIONES:	DE 1 A 5 SESIONES	7	9.1
	6 A 10 SESIONES	5	6.5
	11 A 15 SESIONES	12	15.6
	16 A 20 SESIONES	3	3.9
	21 A 25 SESIONES	4	5.2
	26 A 30 SESIONES	3	3.9
	MÁS DE 30 SESIONES	6	7.8
	VARIABLE	32	41.6
26. DURANTE SU LABOR DE INTERVENCIÓN, ¿HACE UD. UNA DETALLADA HISTORIA DEL ENTREVISTADO?	NO CONFESTARON	5	6.5
	*MUY FRECUENTEMENTE	41	53.2
	(&)FRECUENTEMENTE	20	26
	NI FRECUENTEMENTE NI RARAMENTE	3	3.9
	(#)(=)RARAMENTE	10	13
29. EL TRATAMIENTO DE LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES SE ENFOCA EN:	*MUY RARAMENTE	2	2.6
	NO CONTESTÓ	1	1.3
	*LOS SINTOMAS Y TRASTORNOS CON EL MEDIO	8	10.4
	(&)LOS EVENTOS DIARIOS Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES	7	9.1
	*EN LAS ASOCIACIONES LIBRES DEL PACIENTE (SIN GUIARLAS)	10	13
30. TIPO DE ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES	(#)(=)SITUACIONES COMUNES Y CORRIENTES, RELACIONES INTERPERSONALES Y OTRAS FUENTES DE CONFLICTO Y A VECES EN LAS ASOCIACIONES LIBRES DEL PACIENTE	37	48.1
	OTROS (ESPECIFIQUE)	15	19.5
	*REFORZAR LAS DEFENSAS DEL PAC.	11	14.3
	*DESAFIAR LAS DEFENSAS DEL PACIENTE DE FORMA NO DIRECTIVA, PASIVA Y ANÓNIMA	6	7.8
	(&)(#)DESAFIAR LAS DEFENSAS DEL PACIENTE Y VA DE LA DIRECTIVIDAD A LA NO DIRECTIVIDAD	20	26
	(=)GRAN ACTIVIDAD ENFOCADA A DESAFIAR LAS DEFENSAS DEL PACIENTE Y VA DE LA DIRECTIVIDAD A LA RELATIVA NO DIRECTIVIDAD	16	20.8
	OTROS TIPOS DE ACT. (ESPECIFIQUE)	21	27.3
	NO CONTESTARON	3	3.9

TABLA NO. 13: TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO PREDOMINANTEMENTE Y ASPECTOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS REALIZADOS DURANTE DICHO TRATAMIENTO (CONT.).

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
31. RELACION PACIENTE-TERAPEUTA	NO ES RELEVANTE EN EL TRATAMIENTO PREDOM. UTILIZADO	3	3.9
	*(&)SE FOMENTA Y UTILIZA LA RELACION POSITIVA	31	40.3
	*(#)SE PERMITE QUE SURJA ESPONTANEAMENTE	7	9.1
	(=)SE PERMITE QUE SURJA ESPONTANEAMENTE Y OCASIONALMENTE SE FOMENTA Y UTILIZA LA RELACION POSITIVA	30	39
	OTRA UTILIZACION (ESPECIFIQUE)	6	7.8
32. MANEJO DE TRANSFERENCIA	*SE PROMUEVE LA TRANSFERENCIA POSITIVA Y SE UTILIZA PARA PROMOVER EL MEJORAMIENTO DEL PACIENTE	13	16.9
	(&)SE CONTROLA LA TRANSFERENCIA POSITIVA Y SI ES POSIBLE, SE UTILIZA PARA PROMOVER EL MEJORAMIENTO DEL PACIENTE	2	2.6
	*SE INTERPRETA LA TRANSFERENCIA EN TERMINOS DE SUS ORIGENES GENETICOS. SE FOMENTA LA TRANSFERENCIA HASTA EL PUNTO DEL DESARROLLO DE LA NEUROSIS TRANSFERENCIAL	2	2.6
	(#)SE FOMENTA LA TRANSFERENCIA HASTA EL PUNTO DE HACER CONSCIENCIA DE ACTITUDES Y SENTIMIENTOS REPRIMIDOS. SE ANALIZA LA TRANSFERENCIA EN TERMINOS DE LA ESTRUCTURA DEL CARACTER O DE LOS ORIGENES GENETICOS. ALGUNOS ANALISTAS EVITAN LA NEUROSIS TRANSFERENCIAL.	4	5.2
	(=)SE FOMENTA LA TRANSFERENCIA HASTA EL PUNTO DE HACER CONSCIENCIA DE ACTITUDES Y SENTIMIENTOS REPRIMIDOS. SE ANALIZA LA TRANSFERENCIA EN TERMINOS DE LA ESTRUCTURA DEL CARACTER Y OCASIONALMENTE DE SUS ORIGENES GENETICOS. SE EVITA COMO REGLA LA NEUROSIS TRANSFERENCIAL.	7	9.1
	OTRO MANEJO	23	29.9
	NO LA MANEJA	16	20.8
	NO CONTESTO	10	13
33. MANEJO NEUROSIS TRANSFERENCIAL	*SE FOMENTA LA TRANSFERENCIA HASTA EL PUNTO DEL DESARROLLO DE LA NEUROSIS TRANSFERENCIAL	1	1.3
	(&)ALGUNOS TERAPEUTAS EVITAN LA NEUROSIS TRANSFERENCIAL	1	1.3
	NO LA MANEJA	52	67.5
	NO CONTESTO	23	29.9

TABLA NO. 13: TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO PREDOMINANTEMENTE Y ASPECTOS TÉCNICOS ESPECÍFICOS REALIZADOS DURANTE DICHO TRATAMIENTO (CONT.).

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
34. EL MATERIAL DE LOS SUEÑOS DEL PACIENTE	*(&)NO SE UTILIZA DURANTE EL TRATAMIENTO	25	32.5
	*(#)(=)SE UTILIZA CONSTANTEMENTE EN EL TRATAMIENTO	5	6.5
	SE UTILIZA O NO SEGUN EL CASO DEL PACIENTE Y EL TIPO DE TRAT.	47	61

NOTA: LAS OPCIONES DE RESPUESTAS DE ESTAS PREGUNTAS (CON EXCEPCION DE LA DURACION PROMEDIO DEL TRATAMIENTO EN NÚMERO DE SESIONES) ESTÁN AGRUPADAS DE ACUERDO AL TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO. SE ELABORARON SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE WOLBERG. LOS SIGUIENTES SÍMBOLOS SON UTILIZADOS PARA IDENTIFICAR A QUÉ TIPO DE TRATAMIENTOS PERTENECEN:

° TERAPIAS DE APOYO.

(&) TERAPIAS REEDUCATIVAS.

* TERAPIAS RECONSTRUCTIVAS-PSICOANÁLISIS CLÁSICO.

(#) TERAPIAS RECONSTRUCTIVAS-PSICOANÁLISIS NO FREUDIANO.

(=) TERAPIAS RECONSTRUCTIVAS-TERAPIA ORIENTADA PSICOANALÍTICAMENTE.

TABLA NO. 14: SUPERVISIÓN EN EL TRABAJO DE INTERVENCIÓN.

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
35. ¿CREE UD. NECESARIA LA SUPERVISIÓN PARA LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE UTILICEN ALGUNA TÉCNICA DE INTERVENCIÓN?	TOT. DE ACUERDO	61	79.2
	DE ACUERDO	5	6.5
	NI DE AC. NI EN DESAC.	7	9.1
	EN DESACUERDO	2	2.6
	TOT. EN DESACUERDO	2	2.6
36. ¿HA TENIDO SUPERVISIÓN?	FRECUENTEMENTE	21	27.3
	CASI FREC.	16	20.8
	NI FREC. NI NUNCA	25	32.5
	CASI NUNCA	8	10.4
	NUNCA	7	9.1
37. ¿CON QUÉ TIPO DE PROFESIONAL?	PSIQUIATRA	1	1.3
	PSICÓLOGO	33	42.9
	PSICOANALISTA	13	16.9
	OTROS (ESPECIF.)	1	1.3
	DOS PROFESIONALES	20	26
	TRES PROFESIONALES	2	2.6
	NO CONTESTARON	7	9.1
38. SI TRABAJA O TRABAJÓ EN UNA INSTITUCIÓN ¿QUIEN EVALÚA O EVALUÓ SU TRABAJO?	PSIQUIATRA	4	5.2
	PSICÓLOGO	36	46.8
	PSICOANALISTA	3	3.9
	OTROS (ESPECIF.)	4	5.2
	DOS PROFESIONALES	15	19.5
	TRES PROFESIONALES	5	6.5
	NO CONTESTARON	10	13
39. ¿HA SUPERVISADO EL TRABAJO DE INTERVENCIÓN DE ALGUNA OTRA PERSONA?	SÍ	41	53.2
	NO	35	45.5
	NO CONTESTARON	1	1.3

TABLA NO. 15: PSICOTERAPIA PERSONAL DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS QUE TRABAJEN EN EL ÁREA DE INTERVENCIÓN.

PREGUNTAS:	RESPUESTAS:	FRECUENCIAS:	PORCENTAJES:
40. ¿CONSIDERA UD. NECESARIO QUE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS TENGAN PSICOTERAPIA PERSONAL PARA PODER REALIZAR LA LABOR DE INTERVENCIÓN?	TOT. DE ACUERDO	56	72.7
	DE ACUERDO	10	13
	NI DE AC. NI EN DESACUERDO.	9	11.7
	TOT. EN DESACUERDO.	2	2.6
41. ¿HA TENIDO EN ALGUNA OCASIÓN PSICOTERAPIA PERSONAL?	SI	60	77.9
	NO	16	20.8
	NO CONTESTARON	1	1.3
42. ¿LO TRATÓ A UD. EN UNA INSTITUCIÓN O DE FORMA PARTICULAR?	EN UNA INSTITUCIÓN	2	2.6
	DE FORMA PARTICULAR	51	66.2
	DE AMBAS FORMAS	7	9.1
	NO CONTESTARON	17	22.1
43. ¿CON QUÉ TIPO DE PROFESIONAL HA ESTADO Ó ESTUVO EN TRATAMIENTO?	PSIQUIATRA	2	2.6
	PSICÓLOGO	10	13
	PSICOANALISTA	38	49.4
	DOS PROFESIONALES	9	11.7
	TRES PROFESIONALES	1	1.3
	NO CONTESTARON	17	22.1
44. ¿DE QUÉ ORIENTACIÓN TEÓRICA ES Ó ERA SU TERAPEUTA?	PSICOANÁLISIS	45	58.4
	HUMANISMO	8	10.4
	DOS ORIENTACIONES	6	7.8
	NO CONTESTÓ	18	23.4
45. ¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO Ó LLEVA EN TRATAMIENTO?	MENOS DE UN AÑO	5	6.5
	DE 1 A 5 AÑOS	43	55.8
	DE 6 A 10 AÑOS	9	11.7
	MÁS DE 10 AÑOS	2	2.6
	NO CONTESTARON	18	23.4
46. ¿TERMINÓ UD. SU TRATAMIENTO?	SI	20	26
	NO	12	15.6
	SE SUSPENDIÓ TEMPORALMENTE	13	16.9
	CONTINÚA EN TRATAMIENTO	15	19.5
	NO CONTESTARON	17	22.1