

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

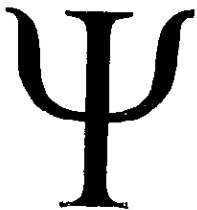
FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ENSEÑANZA Y EJERCICIO  
DE LA PSICOTERAPIA

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA**  
P R E S E N T A :  
**C E L S O S E R R A P A D I L L A**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARCIA MORALES FIGUEROLA  
COMITE DE TESIS: DRA. DOLORES MERCADO CORONA  
MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO  
DR. RAYMUNDO MACIAS AVILES  
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2000

2554770



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

A mis padres  
+Francisco Serra Rivera y  
+Manuela Padilla Otero, quiénes me dieron la vida y  
la oportunidad de elegir. Descansen paz.

A mi esposa Carmen Ruiz Hurtado, quien con su amor y  
Confianza me acompaña cotidianamente Te quiero y valoro

A mis hijas, Carmen Nanyeli y Adidya Lucero, que se labran el  
Futuro basado en la dedicación y esfuerzo. Las quiero mucho.

A mis amigos Octavio de la Fuente, Alfonso Zamora y Luis Jiménez, por su  
amistad y afecto.

A los estudiantes, que han tomado clases conmigo y que me han permitido  
aprender con ellos.

A todos mi afecto y reconocimiento por los momentos y experiencias  
compartidas. Gracias.

Al Jurado

Dra. Marcia Morales F. Por su apoyo y empuje en la realización del trabajo  
Gracias.

Dra. Dolores Mercado, por sus valiosas observaciones y comentarios, que  
mejoraron sustancialmente la investigación.

Al Dr. Raymundo Macias y Dra. Luisa Rossi, al Mtro. Sotero Moreno por su  
generosidad.

A los Lic. Raul Tenorio y Lic. Fabián Martínez por el apoyo en el tratamiento  
estadístico

# ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	I
Introducción.....	II-IV
Capítulo I.	
La psicología clínica en el mundo occidental y en México.....	1
Nacimiento de la psicología clínica.....	2-5
La psicología clínica en México.....	5-7
Aspectos académicos.....	7-14
Aspectos laborales.....	14-16
Capítulo II	
Definición de psicoterapia.....	17-18
Clasificación de la psicoterapia.....	18-19
Psicoterapia de apoyo.....	19-23
Psicoterapia de Insight con metas reeducativas.....	23-32
Psicoterapia de Insight con metas reconstructivas.....	32-46
Psicoterapia breve.....	46-49
Capítulo III.	
La enseñanza de la psicoterapia.....	50
El método clínico.....	50-51
Concepción del ser humano desde las diferentes perspectivas teóricas.....	52
Proceso salud enfermedad mental.....	53-54
Plan de estudios de la Facultad de psicología de la UNAM.....	54-55
Las materias y los objetivos del área de psicología clínica.....	55-58
La aproximación médica, psicoanálisis, conductual, humanista, sistémica y ecléctica y su peso en la bibliografía en las materias del área de clínica.....	58-60
Las materias y la bibliografía por fecha de edición en las materias de clínica.....	61-63
Capítulo IV	
Estudios previos relacionados con el tema.....	64-71
Capítulo V.	
Metodología.....	72
Planteamiento del problema.....	72-73
Hipótesis.....	73
Variabes.....	74
Población.....	75
Escenario.....	75
Instrumento.....	75-77

Procedimiento.....	77
Tratamiento estadístico.....	77-78

Capítulo VI.

Resultados.....	79
Estadística inferencial.....	79-82
Estadística descriptiva.....	82-99
Cualitativa.....	99-104

Capítulo VII.

Discusión y conclusiones.....	105-107
Limitaciones.....	108
Sugerencias.....	108-109

Bibliografía.....	110-113
-------------------	---------

Anexos.

## RESUMEN

En México la profesión del psicólogo es reciente, fue hasta 1973 que adquiere reconocimiento al ser convertida en Facultad el Colegio de psicología de la UNAM, y marca la pauta para que surjan escuelas y facultades en el país de una manera impresionante, 168 a la fecha. Ello origina un gran problema: la falta de personal preparado, que tenga experiencia laboral, que se manifieste en el manejo técnico y que conozca la problemática de la población que demanda sus servicios, aunado a la carencia de escenarios en donde aplicar la técnica que se deriva de la teoría enseñada en el aula. Esto es más grave en el caso de la clínica, ya que la demanda de los servicios de salud mental por parte de los usuarios se han incrementado y existe poco personal preparado para satisfacerlos, es por ello que se buscó investigar con una muestra intencional: 250 psicólogos clínicos, egresados de diferentes áreas de trece escuelas y facultades que trabajan en el Distrito Federal en diez instituciones del gobierno, en el ámbito de la salud, educación y de impartición de justicia, así como en la práctica privada y en instituciones particulares, en donde adquirieron los conocimientos quienes realizan la psicoterapia y qué tipo de ella practican, para lo cual se elaboró un cuestionario que basándose en la clasificación de terapia de apoyo, psicoterapia de insight con metas reeducativas y psicoterapia de insight con metas reconstructivas; se encontró que no existen diferencias entre los egresados del área de clínica con los de otras áreas, así como tampoco entre los psicólogos egresados de la UNAM y los egresados de las demás escuelas y facultades para el manejo de técnicas de psicoterapia, en cambio sí se encontraron diferencias al agruparlos por sexenio en la fecha que egresaron. Se concluye que es importante que para que exista entrenamiento, es necesaria la supervisión clínica del estudiante en la práctica que lleve a cabo.

## INTRODUCCIÓN

La psicología en México en su enseñanza ha pasado por diferentes etapas, a partir de que es fundada la primera cátedra en la Escuela Nacional Preparatoria en la que se encargan de enseñar principalmente filósofos y abogados hasta 1938 en donde se consolida en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el área de humanidades. El plan de estudios generado por filósofos y abogados denominado "maestría en ciencias psicológicas" incluía 14 materias. Donde la principal actividad que realizaba era el manejo de pruebas psicológicas. Posteriormente se sucedieron varias modificaciones al plan de estudios en los años de, 1949, 1950, 1953, 1955, y 1958 dando como resultado el incremento de las materias obligatorias y el número de semestres en que se cursaban, en donde se fue manifestando la influencia de los psiquiatras y luego de los psicoanalistas que pusieron énfasis en esas aproximaciones, por lo que la psicología fue identificada como psicología clínica. La actividad principal para la cual se le preparaba al psicólogo era el psicodiagnóstico y estaba vedado para la intervención. Prevalecía la enseñanza del psicoanálisis y se promovía y difundía en las cátedras de la licenciatura en psicología, y sus egresados carecían de entrenamiento para aplicarlo, empieza a perder fuerza por los conflictos gremiales entre los psicoanalistas (González M. Fernando 1989) y permite el influjo del conductismo que se empieza a manifestar a principios de la década de los sesenta del siglo pasado y que cobra auge en los principios de los setenta, manifestándose en las reformas de los planes de estudio de 1966 y 1970, mismo que prevalece hasta la fecha, en donde los partidarios de la aproximación conductual empiezan a realizar intervención desde esta aproximación y amplían el campo de acción del psicólogo y en esta misma década se crean otros centros de entrenamiento de corte dinámico en donde es aceptado y tiene acceso a una supervisión y formación de la que antes carecía y que se refleja en el trabajo institucional y particular que va desarrollando y que le permite poner en juego técnicas de intervención que antes le eran vedadas. Lo anterior aunado al crecimiento acelerado de la matrícula de alumnos y la creación de escuelas y facultades oficiales y privadas y que tienen las mismas carencias que la Facultad de Psicología de la UNAM, la falta de personal docente (psicólogos) con experiencia en el ambiente profesional en el campo de la intervención se refleja en la enseñanza, en donde ésta tiende a ser la repetición de los contenidos de los libros escritos en Estados Unidos de Norteamérica y traducidos al español que carecen de vinculación con la realidad de México.



Sin embargo en el área de clínica en el ámbito de licenciatura se van incorporando a la docencia colegas con experiencia en el trabajo institucional en el campo del psicodiagnóstico y la psicoterapia y que se va manifestando en los planes y programas de estudio, enfrentado el problema de falta de escenarios en donde los estudiantes lleven a cabo las prácticas y pongan en juego los conocimientos adquiridos en el bloque de psicodiagnóstico, ya que el bloque de intervención y ayuda carece de práctica, salvo las materias que tienen una orientación cognitivo-conductual. Se hace también notorio, la falta de relación entre los bloques y materias que integran el tronco común y que también se manifiesta entre los bloques de materias del área de clínica, en donde no existe relación e integración entre el bloque de proceso enfermedad mental, con el bloque de diagnóstico y de éste con el bloque y las materias de intervención y ayuda.

Lo anterior y el conocimiento obtenido por medio de la asesoría a estudiantes de clínica que realizan el servicio social en las diferentes instituciones de salud que los solicitan, en donde en algunas de ellas les piden y los ponen con supervisión a realizar intervención (prevención, orientación y psicoterapia breve, intervención en crisis) y en algunas otras más observan el trabajo de psicoterapia que llevan a cabo sus supervisores, psicólogos en su gran mayoría, origina el planteamiento de qué hacen, cómo y en dónde aplican los egresados de psicología la psicoterapia, para lo cual partiendo de la definición de Wolberg y su clasificación de terapia de apoyo, psicoterapia de Insight con metas reeducativas y psicoterapia de insight con metas reconstructivas y relacionadolas con las cuatro aproximaciones teóricas que prevalecen en la actualidad como son: psicoanálisis, conductismo, humanismo y sistémica, se elaboró un cuestionario a fin de conocer su opinión sobre la enseñanza y práctica de la psicoterapia, en donde da como resultado la carencia de práctica (entrenamiento) del psicólogo egresado de los diferentes niveles (licenciatura, maestría y doctorado), quienes carecen de supervisión que posibilite que empiece por medio de la misma a adquirir experiencia y conciencia de lo que implica esta actividad, conociendo y vivenciando la importancia que tiene la influencia externa (aprendizaje, condicionamiento, normas sociales, estrés, tensión, relaciones interpersonales, influencia parental etc.) en el vivir cotidiano del ser humano y que se reflejan en los problemas de farmacodependencia, alcoholismo, depresión, neurosis, trastornos de carácter, divorcio, violencia intrafamiliar etc., y que esté en posibilidad de participar en la solución de estos y otros problemas que aquejan a los integrantes de la población que gradualmente solicita cada vez más la intervención de especialistas en la solución de estos problemas.

Es por ello importante que en la reforma, actualización o modificación de los planes de estudio de la licenciatura, se incluya la práctica supervisada en escenarios en donde el estudiante tenga oportunidad con personal docente capacitado de enfrentar y participar en la solución de los problemas psicológicos que afectan a la población de niños y adolescentes. Es la licenciatura donde se tiene que hacer el cambio porque aquí se encuentra la mayoría de los que van a trabajar ya que son pocos los que tienen la oportunidad de continuar una maestría y después un doctorado.

## CAPÍTULO I

## LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL MUNDO OCCIDENTAL Y EN MÉXICO.

El interés por conocer el comportamiento, surge cuando el ser humano logra vencer el nomadismo, se vuelve sedentario, tiene oportunidad de observar, observarse y ser observado, en una convivencia más amplia con los integrantes del grupo al que pertenece. Su desarrollo y evolución como persona, es paralela a la de la humanidad, en donde gradualmente va adquiriendo un mayor conocimiento del entorno en que se desenvuelve y de sí mismo, conocimiento que ha acrecentado en forma vertiginosa en los últimos 150 años, donde ha adquirido una comprensión y dominio de la ciencia y de los elementos naturales que están a su alrededor que le han permitido lograr un control, manipulación y explicar gran parte de los fenómenos naturales externos que ocurren, obteniendo confort y bienestar material. Así como también la sobreexplotación de los recursos naturales y la contaminación del entorno en donde vive. Gran parte del conocimiento ha estado orientado hacia el exterior del ser humano con la finalidad de satisfacer las necesidades de sobrevivencia. Esto en contraste con la psicología, que inicialmente busca obtener un conocimiento del mundo interno y sus motivaciones, que gradualmente se ha ido ampliando, la cual presenta muchas expectativas, ya que paradójicamente es una de las disciplinas más antiguas ya que nace con el ser humano, sin embargo en forma oficial como ciencia adquiere relevancia a partir de Wundt, W., y la fundación de su laboratorio en 1879 en la Universidad de Leipzig

La psicología nació en el curso del siglo XIX como intento sistemático y autónomo de incluir al ser humano, la persona y al individuo en el ámbito de lo que puede ser objeto de medida científica. Todas las premisas de la psicología moderna se encuentran en las ideas del siglo XIX (Bodei R. Jervis G. 1985) Las aproximaciones teóricas actuales de psicología son de origen reciente, nacen y adquieren consistencia en el siglo XX, aportan conocimientos mediante los cuales se busca comprender, explicar y predecir el comportamiento del ser humano, y tienen su aplicación en la psicología clínica, la cual ha buscado ponerlos a su servicio con la finalidad de ayudar en la solución de los problemas del desarrollo, conductuales, emocionales, de relaciones interpersonales, y los problemas generados en los últimos años como son: exceso de población y hacinamiento, crisis, desarrollo tecnológico acelerado que aparentemente desplaza la actividad humana, sobreestimulación sensorial, que origina que la vida sea acelerada, predominio sobre la familia de la televisión en muchos casos, etc. por lo que es necesario revisar las fases por las que ha pasado la psicología clínica en el mundo occidental y en México.

## NACIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.

El estudio del desarrollo y las alteraciones de la personalidad, el comportamiento, el funcionamiento consciente e inconsciente, la influencia de la familia, los grupos y todo aquello que de alguna manera influye en el comportamiento humano, ha sido motivo de análisis, reflexiones, investigaciones de diferentes disciplinas y generaciones de estudiosos que han contribuido con sus conocimientos para enriquecer el saber acerca del comportamiento humano y su dinámica, sin embargo es a partir de la última década del siglo XIX cuando empieza a interesar la singularidad del individuo por sus particularidades y es en Estados Unidos de Norteamérica en 1896, cuando Lightner Witmer es nombrado director del laboratorio la Universidad de Pennsylvania, la fecha que se toma como la del nacimiento de la psicología clínica (Garfield 1979).

La psicología clínica se empezó a desarrollar en EE:UU: en donde se propuso trabajar en dos puntos principales:

1- Mejorar el cuidado y tratamiento de los pacientes hospitalizados a causa de una grave perturbación de la personalidad.

2-Prevención de las perturbaciones de la personalidad. La preocupación por prevenir los desórdenes en los adultos, condujo a la planeación de clínicas de orientación de los infantes, como agencias para descubrir y tratar oportunamente los patrones o cuadros de conductas desviadas. En sus inicios parece que las clínicas tenían como principal preocupación la prevención de la delincuencia, sin embargo más adelante fueron ampliando poco a poco el ámbito de las actividades hasta incluir todo tipo de dificultades.

Científicos que influyeron en la psicología fueron: Darwin y Wundt, ellos al igual que James W., Galton F., Cattell y Hall S., quienes con su interés por el estudio de las diferencias individuales como objeto de investigación científica, aportan y fortalecen la psicología clínica incipiente. Otro personaje que influyó notablemente fue Alfredo Binet, quien en Francia crea el prototipo de los tests de inteligencia, con el fin de facilitar la discriminación en los casos de retardo mental y el pronóstico de los fracasos escolares. Proporciona a la psicología clínica un instrumento de trabajo fundamental, que otorga seriedad y exactitud a sus apreciaciones.(Korchin, 1976, Garfield, 1979)

A partir de la primera guerra mundial y hasta la tercera década del siglo XX. Freud S., consolida y difunde sus aportaciones con lo que la psicología clínica amplía la comprensión y concepción del ser humano, de donde se desarrolla una teoría y una técnica que será básica para el estudio de la personalidad y la conducta, y sirve para generar trabajos que permiten ampliar y enriquecer su estudio, de esta aproximación surgen los tests proyectivos como el Rorschach, el T.A.T. y otros más, con lo que el trabajo del clínico se vuelve más completo y cuenta con instrumentos que permiten enfocar el estudio del individuo desde otra perspectiva.

El psicólogo conquistó gradualmente la aceptación de pacientes hospitalizados por trastornos nerviosos, antes tratados exclusivamente por médicos. Empezó a realizar sus propios estudios con pacientes psicóticos. A este trabajo se le puede llamar "psicología anormal" en cuanto hacia esfuerzos por aplicar los métodos psicológicos al estudio de diversas alteraciones mentales. La primera guerra mundial estimuló el crecimiento de la psicología clínica, ya que el servicio militar de Estados Unidos de Norteamérica se enfrentó con el problema de seleccionar entre hombres de diferentes habilidades. Se crearon para tal fin los tests "Army Alpha" y posteriormente el "Army Beta", así como la hoja de datos personales de Woodworth, para finales de la guerra se estimó que 1,726,000 hombres fueron evaluados en grupo, y 83,000 fueron examinados individualmente(Korchin,1976). Esos métodos o técnicas psicológicas aplicadas al estudio de la personalidad (empleo de los tests psicológicos) fue el precursor natural de la psicología clínica. En la década de los 20's, el empleo cada vez mayor de las pruebas psicológicas estandarizadas, provocó demanda e interés por este tipo de exámenes. Algunos psicólogos hacían las veces de examinadores en las escuelas y otros empezaban a aplicarlas en las clínicas y hospitales. Aún cuando su expansión de actividades en esta área era modesta, se logró una aceptación gradual de esta actividad, en particular de los tests de inteligencia. Durante los años veinte y treinta los psicólogos clínicos continuaron trabajando en ambientes clínicos, evaluando el funcionamiento intelectual y educacional de los niños y se desarrolló el enfoque de trabajo conocido como "el enfoque de trabajo en 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 realizaba la evaluación psicológica y trabajaba en terapias educacionales y remediabiles. El otro integrante del equipo era el trabajador social, que realizaba las entrevistas iniciales y la historia social de los pacientes. Este patrón básico de trabajo en equipo prevaleció hasta los años que siguieron a la segunda guerra mundial. El

psicólogo clínico amplia su campo de influencia en las instituciones psiquiátricas de adultos (Korchin, 1976).

La segunda guerra mundial y los problemas humanos que origino influyó en el entrenamiento y en el ámbito de trabajo del psicólogo clínico, ya que se detecto que un porcentaje alto de candidatos al servicio militar fue rechazado a causa de dificultades emocionales y sirvió para atraer la atención de los norteamericanos sobre la gravedad del problema. Así los informes sobre las causas de rechazo entre los candidatos reveló que la enfermedad mental y la deficiencia mental estaban entre las diez causas principales de rechazo, al avanzar la guerra se encontraban más casos de este tipo, careciendo de personal especializado para tratarlos y es esta situación la que impulsa su papel y amplia su actividad profesional realizando historias de casos, evaluación y diagnóstico, planeación de estudios de investigación, terapia individual y de grupo, actividades en las que el psicólogo clínico demostró ser competente. Al finalizar la guerra una gran cantidad de veteranos de guerra presentaron problemas psiquiátricos y demandaron servicios de rehabilitación. En esta ampliación de los servicios de hospital y clínicas se reconocieron oficialmente la actividad y funciones de los clínicos. La administración para veteranos se convirtió en la institución que requería emplear a un numero mayor de psicólogos clínicos, al carecer de personal suficiente se encargó de su preparación con la cooperación de las Universidades más importantes de E.E.U.U: Un comité para el entrenamiento de psicólogos clínicos de la A.P.A., en 1947, recomendó varios cambios en los programas de estudio y diseñó un internado supervisado para los pasantes, así mismo estableció una agencia de acreditación para certificar aquellas Universidades que estuvieran capacitadas para proporcionar entrenamiento clínico (Garfielt 1979).

En 1949, en Boulder, Colorado, se realizó un congreso muy importante para la psicología clínica, en donde se fijan las pautas para el entrenamiento profesional, y establece que se le capacite como científico y practicante. Este modelo de entrenamiento científico 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 (Garfielt, 1979; Korchin, 1976).

Las tres funciones básicas sobre las que se insistía tanto en los años cuarenta (investigación, diagnóstico y psicoterapia) continúan siendo actividades fundamentales, además de la evaluación, y han aparecido nuevas funciones como son: psicología comunitaria y psicología de la salud, teniendo un mayor

desarrollo esta última. Es notorio el proceso de desarrollo por el que ha pasado, y que permite observar como se ha enriquecido y ampliado el conocimiento en la psicología clínica, ya que al ser una ciencia aplicada, ha incorporado los conocimientos de las diferentes orientaciones teóricas y las técnicas que de ellas se han derivado, han ampliado el campo de acción y ya no es solo el psicoanálisis una forma de explicar el comportamiento humano, sino que el conductismo, el humanismo y el abordaje sistémico con todas sus diferentes aportaciones la han venido a enriquecer desarrollando muchas formas de terapias individuales, 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 tratar simplemente los problemas humanos

## **LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN MÉXICO.**

Para entender la psicología clínica en México, es importante tener un bosquejo de su desarrollo en el plano académico y en el laboral, para tal fin es importante señalar algunos aspectos sin que esto implique hacer la historia de la psicología clínica en México.

En los últimos años ha surgido un interés por estudiar los antecedentes, la historia de la psicología en México, la mayoría de ellas todavía hipotéticas (Valderrama P.1985) sin embargo es importante retomar algunos indicadores a fin de no partir de cero y tener un conocimiento de la misma que nos permita ubicar en un marco de referencia.

Para López Ramos (1997), los historiadores de la psicología en México, se agrupan en dos grandes tendencias: historiadores externalistas e historiadores internalistas, los primeros se apoyan en la condicionalidad histórica, económica y cultural de la época, en donde influyen los modos de producción, y pretenden partir de una aborje marxista ortodoxo y explicar su desarrollo, aunque el proceso de sus explicaciones se aproxima más al positivismo que al marxismo, dentro de este enfoque se puede ubicar a Jorge Molina, Pablo Valderrama, Fermín Rivero del Pozo, Rigoberto León, Gustavo A. Patiño, y Adgar Galindo, para estos autores “la historia de la ciencia es más que la simple descripción de hechos pasados, implica un análisis de las condiciones sociales y económicas que condicionan y generan un tipo de ciencia; desde nuestro punto de vista, la ciencia es un producto social y su historia incluye conocer las necesidades que llevaron a la búsqueda de determinadas soluciones, implica también y de manera central,



el estudio de qué características sociales crean las condiciones para que los hombres de ciertas épocas tengan determinadas concepciones del mundo.”(Molina, J. 1982 citado en López Ramos 1997).

En la posición internalista destacan Víctor Colotla, Xóchilt Gallegos, Rogelio Díaz Guerrero, Germán Alvarez y Emilio Ribes, este enfoque sostiene que los factores externos no ejercen ninguna influencia decisiva en la estructura de la ciencia, en virtud de su carácter autónomo. Parte de la idea de que su ciencia debe ser aprendida en los libros de texto y periódicos del periodo en que se estudia, debe dominar las tradiciones locales que muestra antes de abordar a los innovadores cuyos descubrimientos e inventos cambiaron la dirección del avance científico, en donde sus trabajos se pueden englobar en el uso de la cronología para hacer referencia a los acontecimientos de la psicología, como si ésta tuviera sus leyes internas y su dinámica propia que la excluye de los conflictos sociales. (López Ramos 1997 )

Una tercer opción de hacer historia es con una perspectiva social en donde participa Sergio López Ramos, Martha Isabel Rodríguez, María Teresa Hernandez Alcántara, y Elia Patlan Martínez, quienes toman como punto de partida la influencia del contexto social en donde surgen formas de explicación sobre diversos acontecimientos que tienen que ver con la psicología, sin embargo se observa que en la mayoría de los casos relatados se nota que la psicología la van desarrollando diferentes profesionales y todos ellos hablan por la psicología sin ser psicólogos, por lo que es importante tomar como punto de partida la creación de la carrera de psicología y no la enseñanza que se empieza a dar en la cátedra que se imparte en 1898 en la Escuela Nacional Preparatoria y que siembra las bases para que en 1937 se elabore el primer plan de estudios de psicología misma que se empieza a poner en práctica en 1938, durante el sexenio de Lázaro Cárdenas.

Esta carrera surge en el seno de la Facultad de Filosofía y Letras, en donde Antonio García, Ezequiel A. Chavéz, Francisco Larroyo y Eduardo García, elaboran el primer plan de estudios de psicología, que especificaba que la carrera tendría una duración de tres años, al término de los cuales se obtenía el título de maestro en ciencias psicológicas, en esta curricula quince materias eran de la disciplina, además de otras que se impartían en las carreras de Filosofía o en ciencias de la educación, con las que se complementaban el plan de estudios, en su origen el área de Humanidades desempeña un papel importante.

En 1939 llegan a México los refugiados españoles ( Imaz, Baca, Del Roncal, Gaos, ) entre otros y se enriquece el profesorado en Filosofía y Psicología introduciendo ideas de vanguardia Europea ( la fenomenología de Husser y la psicología de la Gestalt de Koffka). El Dr. Federico Pascual del Roncal, inicia la enseñanza y el uso de las pruebas proyectivas de personalidad ( T. A.T., Rorschach, etc.) en donde para su enseñanza la base teórica del psicoanálisis es fundamental, así mismo su aplicación en el área de clínica es básica. Para Ribes (1984) la influencia que ejerce la filosofía alemana y francesa como orientación dominante de la psicología en México es importante y significativa. No es sino en la década de los cincuenta cuando las diversas corrientes psicoanalíticas en la psiquiatría mexicana abren nuevas perspectivas teóricas a una psicología academista de orientación racionalista y neo-tomista y es en la siguiente década, a partir de 1960 que los abordajes conductista, psicobiológico y cognositivista (social, organismico y psicométrico) comienzan a arraigarse como tendencias significativas, sin embargo se pueden observar varios hechos que analizaremos detenidamente, y por tal motivo agruparemos los acontecimientos en ciclos sexenales, por ser esta la forma en que el país, ha tenido diferentes políticas de desarrollo en donde la psicología ha tenido poca participación.

## **ASPECTOS ACADÉMICOS.**

### Sexenio (1946- 1952).

En este periodo surgen acontecimientos importantes, ya que la psicología empieza a tener un desarrollo, mismo que se refleja en varios acontecimientos como son: en 1949, doce años después de la creación de la carrera se reforma por primera ocasión el plan de estudios; el Departamento de psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM crea la realización de prácticas en los dos años finales de la carrera, cubriendo un total de 96 horas y las podían realizar en las áreas de clínica, social, o pedagogía, las cuales podían ser realizadas en los centros de aplicación, dentro de los cuales destacaban el Sanatorio Lavista, la Escuela de Anormales etc., y buscaban establecer relación entre la teoría y su aplicación, se empieza a poner énfasis en los aspectos clínicos, en detrimento de la influencia filosófica que hasta ese momento predominaba. Este hecho determinó que años después se igualara en forma errónea a los objetivos profesionales de la psicología con los de la clínica. "La concepción clínica derivada, además, fue de un subprofesional paramédico. Esto se debió por un lado, a la influencia alemana, en que la psicología clínica debería limitarse al diagnóstico auxiliar mediante pruebas psicométricas y/o

proyectivas y la impartición de consejo a los enfermos de problemas estrictamente médicos. Por otro lado, la orientación psicoanalítica u organicista del resto del personal docente, determinó que se considerara al psicólogo como auxiliar en el diagnóstico psiquiátrico o como un subprofesional que debía estudiar conjuntamente medicina o después de sus estudios someterse a un psicoanálisis didáctico que realmente lo capacitara para la práctica clínica.” ( Mouret E. Ribes E. 1977 ) Lo más extraño para el observador externo resultaba que psiquiatras y psicoanalistas, sin una preparación psicológica de tipo profesional, aplicaban la psicología, mientras que los psicólogos profesionales eran considerados como colaboradores con un entrenamiento inadecuado. “Los estudiantes de psicología, se sentían atraídos hacia la clínica, como una salida prácticamente obligada de la carrera y al mismo tiempo devaluaba su propia preparación, ya que el claustro docente (integrado en su mayoría por psiquiatras y psicoanalistas) les demostraban que para poder practicar profesionalmente era necesario adscribirse a programas de entrenamiento parauniversitarios, muy costosos, a los que no tenían acceso los psicólogos. Contemplaban como una tierra prometida de trabajo psicoterapéutico como la práctica profesional más valorada, a la que nunca podrían llegar ( Lafarga 1990). Aspecto que prevaleció por mucho tiempo, en donde el psicólogo clínico fue subordinado del médico, (psiquiatra) ya que éste ha sido en encargado de participar en la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Por otro lado la transferencia que estableció con el psicoanalista cada vez ha ido disminuyendo, sin embargo se observa que en la actualidad existen restos de esta manifestación en relación con ellos, principalmente porque en el gremio de psicólogos clínicos por diferentes motivos se ha carecido de líderes académicos que encausen y den forma a las inquietudes de los estudiantes egresados de las diferentes escuelas y facultades que se establecieron en el país. En 1950 el maestro en psicología Ramón Gómez Arias, funda la Escuela de psicología en la Universidad Iberoamericana, en el Distrito Federal, y primera escuela de psicología de la iniciativa privada, incorporada a la UNAM. En 1951 en el Departamento (Colegio de psicología) de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, se formó una comisión para cambiar el curriculum, el cual estaba integrado por Guillermo Davila (médico) Federico Pascual del Roncal (médico), Raúl González Enríquez (médico) y los psicólogos José Luis Curiel y Oswaldo Robles, quienes propusieron el doctorado en psicología. Se acordó que la maestría diera la formación general y el doctorado la especialización. Es importante hacer notar que con estos programas la maestría y el doctorado en psicología clínica se cursaba en un total de 5 años, además de que en esa época el bachillerato era de dos años, por lo que los egresados con el doctorado tenían 22 años al concluir sus estudios. Otra observación importante es que por primera vez,

aunque sea en una menor proporción el psicólogo empieza a participar en la formulación de los programas y planes de estudio de su disciplina.

Para 1953 se crea un nuevo plan de estudios, con 16 materias obligatorias y 5 optativas. Así mismo es importante el 28 de noviembre de 1954, ya que se pide el reconocimiento de la psicología como profesión en donde las actividades que podía desempeñar eran muy diversas como son; psicopedagogía, orientación profesional, rehabilitación y readaptación, higiene mental, y salud pública, psicología industrial, psicología forense, psicología social, psicología clínica y psicoterapia. Como se puede observar es un primer intento por establecer un campo de trabajo amplio, que sin embargo carecía de personal docente apropiado para impartir los conocimientos que se requerían para que los estudiantes salieran bien preparados como psicólogos, ya que como se verá mas adelante, la influencia de los grupos de psicoanalistas se empieza a manifestar en la curricula y la enseñanza del psicólogo y por lo tanto en el campo de trabajo, en donde se manifiesta que se le enseña al estudiante conocimientos que no podrá aplicar ya que la intervención o el psicoanálisis sólo lo puede ejercer quien ha sido formado en los dos grupos(ortodoxos y fromianos) que en ese momento existen en México y que emplean la cátedra para difundir sus conocimientos.

La influencia del psicoanálisis es importante en las décadas de 1950 y 1960, en la enseñanza de la psicología en donde la orientación de los planes de estudios estaba dirigida hacia la práctica liberal privada de la psicología y que la posibilidad de aplicar los conocimientos adquiridos era muy limitado ya que sólo existía en el ámbito institucional el manicomio general de México (La Castañeda) en donde se adquiría experiencia profesional. Existían pocos psicólogos contratados en el ámbito de la salud mental que trabajaran en forma permanente en las instituciones de salud.

En 1955 se realiza una nueva reforma del plan de estudios del Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, en donde la influencia de la orientación psicoanalítica es más clara, por lo que curricula tiene mayor inclinación hacia lo clínico, sin embargo esto no se refleja en la práctica profesional, ya que en esta época la actividad principal del psicólogo clínico es la aplicación de pruebas psicológicas.

### Sexenio 1952-1958

En vista del aumento de materias y alumnos en 1956, se transformó el Departamento de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, en Colegio y se empezó a otorgar el grado de Doctor en Psicología anteriormente se daba el doctorado en filosofía con la especialización en psicología (Alvarez Germán 1981)

En el año de 1957 se funda en Cholula, Estado de Puebla, el Departamento de Psicología de la Universidad de la Américas, siendo esta la primera en establecerse en provincia y dará pie para que en otros sexenios se enseñe la psicología en otros estados del país.

En 1958 se crea el nivel de licenciatura, en el Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, aumentando de seis a siete semestres la duración de la carrera; el doctorado se organiza en cuatro especialidades que son: clínica, laboral, criminalista y pedagógica. En este mismo año se funda en el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente de Guadalajara, la escuela de psicología.

### Sexenio 1958-1964

En 1960 se aprueba en el Consejo Universitario de la UNAM, los tres niveles de carrera de psicología que son; profesional, maestría y doctorado, en donde se otorga reconocimiento profesional y derecho a título a los egresados, con la creación de los niveles empieza a cobrar importancia el enfoque científico metodológico en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la psicología, la influencia de esta aproximación teórica está dada por los viajes que realizan los estudiantes y maestros del Colegio de Psicología de la UNAM, a la Universidad de Texas y que se inicia en 1960 y termina en 1970.(Díaz Guerrero R. 1983) Este hecho es importante ya que posibilita que el psicólogo sea capaz de empezar a llevar a cabo la intervención, practique la terapia y permite que gradualmente las instituciones que anteriormente limitaban la enseñanza y la práctica en esta área empiecen a facilitar la formación y el ejercicio por medio de la psicoterapia psicoanalíticamente orientada y que de ahí en adelante surjan diferentes modalidades de intervención con lo que el campo de aplicación del psicólogo se amplíe. La impartición de la licenciatura “coincide con el comienzo del gigantismo de la UNAM y es así como en 1960 se inscriben por vez primera 150 estudiantes en psicología y se establecen cursos matutino y vespertino” (Mouret E., Ribes E. 1977)

La única escuela de psicología que se funda en este sexenio es la Universidad Veracruzana de Jalapa, que inicia sus actividades docentes en psicología de 1963, y tendrá un papel relevante ya que en ella se establecen las bases de la aproximación conductual y que servirá para que a partir de ella su influjo se busque manifestar en otras Universidades del país.

#### Sexenio 1964-1970

En 1965, se establecen cuatro instituciones que enseñan psicología; un colegio, dos escuelas y una facultad, el primero en la Universidad Autónoma de Puebla, las segundas en la Universidad Autónoma de Coahuila y en la Universidad Anáhuac, y la última en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

En 1966 se vuelve a reformar el plan de estudios en el Colegio de Psicología de la UNAM, y se realiza una reforma administrativa que trae como consecuencia el sistema departamental para la enseñanza que se distribuye de la siguiente forma; bases biológicas de la conducta, psicología general, experimental y diseño, bases antropológicas y sociales de la conducta, métodos clínicos psicología anormal y patológica. Con esta reforma se aumenta de siete a nueve semestres la duración de la carrera y tiene vigencia solamente cuatro años y medio, se observa que prevalece una orientación científico- metodológica (conductismo) y clínica.

En 1967 se funda la Facultad de psicología en la Universidad Autónoma de Querétaro y en 1968 la Escuela de psicología en la Universidad de Guadalajara, Jal.

En 1969 el Colegio de Psicología de la UNAM, logra un hecho significativo, al obtener la independencia presupuestaria de la Facultad de Filosofía y Letras, con lo que integra un cuerpo administrativo para la atención de los asuntos concernientes al Colegio. Así mismo se crea la planta de profesores de carrera de tiempo completo y medio tiempo.

En 1970 se realiza en el Colegio de Psicología de la UNAM, la última reforma al plan de estudios, y que prevalece hasta la fecha, en donde existe un tronco común el cual se cursa en los primeros seis semestres y los tres restantes puede escoger por lo menos 9 materias que se imparten en las áreas de acentuación que puede ser: psicología clínica, psicología educativa, psicología social, psicología del trabajo o psicología experimental, y eligiendo otras materias de cualquiera de las áreas para completar los créditos establecidos por el plan de estudios, con la elección de las nueve materias, se pretende que el

estudiante de psicología al egresar tenga una serie de bases mínimas teórico-técnicas para ejercer su profesión. Sin embargo del contenido curricular de esta última reforma sólo quedan los nombres de las materias, ya que los objetivos y el contenido de todas y cada una de las materias se han actualizado, lo mismo que la bibliografía, enriqueciendo el contenido por la experiencia del personal docente que se ha desarrollado en y con la Facultad.

En este sexenio se crean 24 instituciones de enseñanza de psicología en diversas Estados de la República Mexicana, en donde se imparte la licenciatura, "impulsadas por la buena voluntad de funcionarios y profesores universitarios, sin una planeación adecuada que fuera producto del estudio de las necesidades de la región, sin personal académico competente, sin laboratorios, sin bibliotecas, sin programas específicos para la enseñanza del profesional adecuado al sector geográfico y sin el conocimiento de otros programas de entrenamiento ofrecidos en universidades vecinas" (Lafarga 1990) las cuales se establecen en: 1970 el Departamento de Psicología de la Universidad de Monterrey; en 1971 la Escuela superior de Psicología, Centro de estudios de la Universidad de Monterrey, la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma de Estado de Morelos; en 1972 la Escuela de Psicología de la Universidad del Noroeste de Tampico, Tamps., la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, la Escuela de Psicología del Instituto Universitario de Ciencias de la Educación en México, D.F., la Escuela de Psicología de la Universidad de Yucatán; en 1973 La Escuela libre de Psicología, incorporada a la Universidad Autónoma de Chihuahua, la Facultad de Ciencias de la Conducta, de la Universidad Autónoma del Estado de México, la carrera de Psicología en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Unidad Zaragoza de la UNAM, en el Distrito Federal.

**El 17 de Febrero de 1973, el Colegio de Psicología de la UNAM, se convierte en Facultad, lo que indica el reconocimiento en México de la Psicología como ciencia y profesión, misma que se confirma cuando el 2 de Enero de 1974, la Dirección General de Profesiones otorga la Cédula Profesional.**

En este mismo año se fundan las siguientes escuelas : la de Psicología y Pedagogía del Instituto Técnico del Norte en Chihuahua, la del Instituto Superior de Ciencia y Tecnología de la Laguna en Gómez Palacios, Durango, de la Universidad Femenina de México, en el Distrito Federal, la Área de Psicología de la Universidad Autónoma del Noroeste de Saltillo, Coah. la carrera de Psicología y psicología social de la Universidad Autónoma Metropolitana en la unidad Xochimilco y la Unidad Iztapalapa, el

Departamento de Psicología Unidad Distrito Federal de la Universidad de las Américas y la Facultad de Psicología de la Universidad del Nuevo Mundo en Huixquilucan, Estado de México.

En 1975 se establece la Carrera de psicología en el Instituto Tecnológico de Sonora, en Ciudad Obregon, Son., en la Escuela de Estudios Profesionales, Unidad Iztacala de la UNAM. y en las Escuelas de Psicología de la Universidad del Pacifico, en Mazatlán, Sin., Centro Universitario de Mazatlán, Sin., en el Instituto Celayence de Celaya, Gto., y la de la Universidad de Guadalajara, en Guadalajara, Jal.

#### Sexenio 1976-1982

En el año de 1976 se establecen 3 escuelas, en 1977: 6 escuelas, en 1978: 6 escuelas, en 1979: 5 escuelas; lo que nos da 20 escuelas en diversos estados de la República Mexicana, en este sexenio.

#### Sexenio 1982-1993.

Se establecen 47 escuelas y facultades de psicología en diversos estados de la República Mexicana, con lo que la población de estudiantes de psicología en el ámbito nacional en 1995 era de 30,752; en 1996 de 31,081 estudiantes; en 1997 de 31,409 estudiantes; en 1998 de 31,738; en 1999 de 32,066 estudiantes y en el año 2000 será de 32,395 (Guerrero Tapia A.1977)

En 1998 existen en la República Mexicana 164 Escuelas y Facultades de Psicología, que se encuentran en los siguientes estados: Aguascalientes-2, Baja California-6, Baja California Sur- 1, Campeche-1, Coahuila-1, Colima-1, Chiapas-4, Chihuahua-7, Distrito Federal-19, Durango-8, Guanajuato-3, Guerrero-2, Hidalgo-4, Jalisco-7, Estado de México-13, Michoacán-7, Morelos-1, Nayarit-2, Nuevo León-6, Oaxaca-4, Puebla-16, Querétaro-2, San Luis Potosí -2, Sinaloa-5, Sonora-3, Tamaulipas-13, Tlaxcala -1, Veracruz-8, Yucatán-6, y Zacatecas-1 (anexo No 1)

A nivel Valle de México, encontramos la siguiente situación: en 1995 había una matrícula de 12,500 estudiantes, el 1996 de 12,619 estudiantes, en 1997 de 12,738 estudiantes, en 1998 de 12,857 estudiantes ( Guerrero Tapia 1997.) Este crecimiento desmesurado creó varios problemas, en primera la improvisación de personal docente, ya que se carecía de personal con experiencia laboral que transmitiera los conocimientos que había adquirido en su quehacer profesional, por lo que la enseñanza en general tendía a ser basada en los libros y no en la experiencia proporcionada en la actividad profesional y la



problemática de ella derivada. Así mismo se enfrentó a otro problema importante, la carencia de escenarios clínicos en donde los estudiantes pudieran llevar a cabo sus prácticas, ya que como se puede observar en la ciudad de México se cuenta solamente con 2 hospitales (Fray Bernardino Alvarez y Dr. Juan N. Navarro) un hospital Campestre, que pertenecen a la Secretaría de Salud, y Dos Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (Tlalpán y Aragón), lo que resulta insuficiente para una tercera parte de los 12,857 alumnos de psicología inscritos y que realicen prácticas en donde relacionen la teoría adquirida en las aulas eso sí se aborda desde el punto de vista de los padecimientos severos, sin embargo en los aspectos de la vida cotidiana ha carecido de vinculación con las instituciones de salud, de educación y de impartición de Justicia, para que se relacionen con la problemática cotidiana que ahí se presenta y que influye a la gran mayoría de la población y que demanda los servicios de salud mental.

## **ASPECTOS LABORALES.**

Una vez descritos los aspectos académicos, pasaremos a los aspectos laborales, en donde existe poca información.

Un primer antecedente laboral es el reportado por la psicóloga Guadalupe Zuñiga, quien en 1926 aplicó la psicotecnia como método educativo y de terapia para niños infractores, en el Tribunal Administrativo para menores. La sección psicológica funcionaba de la siguiente manera ( González Tejeda, 1937 citada en Valderrama, Colotla, Gallegos y Jurado 1994): 1.-Se obtenían los antecedentes generales, hereditarios, personales, el estudio del medio social y los datos médicos. 2).- Se realizaba el “estudio analítico de las funciones intelectuales, la afectividad, voluntad, constitución mental del menor, carácter y conducta, manifestaciones instintivas y tendencias instintivas”

Las pruebas psicológicas que se empleaban eran: la Escala de inteligencia global de Binet-Simon, pruebas homogéneas como la de Descoudres y los tests parciales de lenguaje. Para el “estudio analítico de las funciones intelectuales” se empleaban las pruebas: Test de Bourdon (atención pasiva), test de Toulouse y Pieron (atención activa) test de descripción de estampas y test de manchas de tinta de Rorschach (imaginación), y la prueba de complemento de Ebbinghaus, de las tres palabras de Masielon y del estudio de perspicacia lógica de Toulouse y Vaschide (juicio y razonamiento). El tratamiento podía ser

“ higiénico, terapéutico, pedagógico, de ortopedia mental, de higiene mental o de orientación vocacional”. Valderrama et co. 1994. Como se puede observar en el momento en que se establecía el Departamento de Psicología en la Facultad de filosofía y letras de la UNAM, la actividad del psicólogo se caracterizaba por ser clínica substancialmente en donde la actividad fundamental era la del psicodiagnóstico, con la finalidad de proporcionarle elementos de juicio a los jueces para la toma de decisiones en cuanto a que hacer con el menor infractor. Este patrón de actividad fue el que realizó por varias décadas y que originó que al psicólogo se le relegara a la realización de tareas propias de un técnico y no de un profesional, se le restringía, así a la aplicación, calificación, interpretación e integración en un reporte de las pruebas psicológicas realizando solamente esta actividad, sin pasar a la siguiente que sería el tratamiento (psicoterapia) y la responsabilidad de ello la comparten tanto las Universidades, por la enseñanza impartida, como los psicólogos, por limitar su campo de actividad. (Ribes 1977)

Sin embargo, en una investigación realizada por Serra Padilla (1986) se estudió una población de 644 psicólogos clínicos que trabajan en 12 Instituciones en el sector salud, de impartición de Justicia y en el sector educativo, y en el sector privado, en 12 Estados de la República Mexicana, quienes reportan como fecha de ingreso de trabajo los siguientes sexenios: 1958-1964 el 1.1%, 1964-1970 el 3.8%, 1970-1976 el 12.5%, 1976-1982 el 52%, 1983-1984 el 24.8%, sin fecha de ingreso 6.1% y las actividades que desempeñaban era; prevención el 9.4%, psicodiagnóstico el 25.6%, psicoterapia 11.4%, investigación 2.3%, prevención y psicoterapia el 3.6%, psicodiagnóstico y psicoterapia 19.6%, prevención, psicodiagnóstico y psicoterapia el 20.7% otras actividades 7.4%, como se puede observar vale la pena hacer varios comentarios: existían pocos psicólogos clínicos trabajando de las generaciones que estudiaron en los sexenios 1958-1964, 1964-1970, bien sea porque no existió la oportunidad de que los contrataran para trabajar en el sector público y adquirir experiencia profesional y complementarlo con la práctica privada o porque lo que ganaban no les permitía satisfacer sus necesidades económicas y optaron por realizar otra actividad que les proporcionará mayores ingresos. Ahora bien lo mismo se observa en quienes estudiaron hasta 1973, época en que se dijo que nos debíamos de preparar para administrar la abundancia y que como se observa quienes estudiaron psicología carecieron de oportunidad para ingresar a trabajar en el campo de la salud mental, ya que se carecía de políticas específicas en esta área, también se manifiesta que quien se dedica a esta actividad dura poco tiempo ejerciéndola, sin embargo es digno se hacer mención que a diferencia de lo que reportan diferentes

estudios, se nota que la actividad de psicólogo se ha ido ampliando, ya que independiente del grado de estudios (el 46.3% es pasante, el 45.3% licenciado, el 6.8% maestro y el 1.6% doctor), se dedican a la práctica de la psicoterapia, ya sea trabajando con niños, adolescentes o adultos.

Esta breve reseña nos permite observar que ha existido un desfase entre las políticas de Estado, y la enseñanza de la psicología lo cual ha permitido la creación de escuelas y facultades de psicología, sin que exista un campo de entrenamiento para sus egresados, sin que se generen las plazas en las instituciones en donde puedan trabajar y adquirir experiencia, sin brindarle a la población la oportunidad de recibir un trato de respeto y digno que le permita entender a que se deben sus padecimientos, sin desarrollar políticas de orientación y prevención que posibiliten enfrentar los problemas de salud mental que aquejan a la población (alcoholismo, farmacodependencia, sociopatía, violencia familiar, niños de la calle etc.) y los problemas generados en la vida cotidiana (depresión, angustia, etc.) y que originan alteraciones de Salud mental, ya que se ha dado más importancia a la salud física, en primera instancia, y muy poco a la salud psicológica, en donde la cobertura de esta no se ha ido ampliando y existe un gran número de psicólogos trabajando y muy pocos que den atención de psicoterapia, ya que carecen de entrenamiento para atender de manera apropiada a la población que solicitan atención psicológica en diferentes áreas como lo es en la educación y en la salud, por lo que la psicología clínica tiene cada vez más demanda y las necesidades y expectativas de la población rebasan la capacidad de los especialistas, que requieren una mejor enseñanza y un mayor entrenamiento para satisfacer los problemas que presentan las familias, parejas, niños, adolescentes, adultos y senectos que requieren de una atención en el ámbito emocional a fin de superar las dificultades que tienen que enfrentar como seres humanos y con los seres humanos y las contradicciones originadas por su propia existencia.

## CAPÍTULO II

## DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA

Existen diferentes definiciones de psicoterapia, las cuales han venido evolucionando a través del tiempo, una que establece criterios que engloban conceptos básicos es la que plantea Wolberg, (1977) para quien “la psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional, con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar, o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad.”

Partiendo de la definición anterior, es importante establecer la diferencia entre enseñanza, entrenamiento y formación, siendo el primer concepto: la instrucción sistematizada (Warren 1974) hacer que alguien aprenda algo (Larousse 1979) en cambio el entrenamiento es “una serie de actividades que tienen por objeto producir el desarrollo de un hábito, habilidad o aptitud específicos en un ser humano o un animal” (Warren 1974), formación: dar forma a algo (Larousse 1979), relacionados con la psicoterapia, enseñanza es el aprendizaje teórico de las diferentes aproximaciones que han realizado aportaciones significativas para la comprensión del ser humano, el entrenamiento es la aplicación con seres humanos en escenarios clínicos, de esas aproximaciones teóricas, bajo la supervisión de un experto y que le proporcionan habilidad y aptitud para aplicar los conocimientos teóricos que ha adquirido en el aula, y la formación es la aplicación vivenciada al estudiante de las técnicas derivadas de los conocimientos teóricos aplicada por un experto.

Otra definición es la que establece la FEAP (1992) citado en Feixas 1993, se entenderá por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Comprende las actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños y niñas más pequeños hasta las personas de edad más avanzada. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas.

Como se puede observar por las definiciones antes planteadas, su campo de actividad dentro de la psicología es muy amplio e incluye al ser humano en todo su ciclo vital y aborda aspectos no solo relacionados con el aspecto psíquico, sino también en el aspecto físico, en los cuales está relacionado con el primero, es por ello que partiendo de la definición de Wolberg y de la FEAP, se realiza la siguiente clasificación: psicoterapia de apoyo, psicoterapia de insight con metas reeducativas y psicoterapia de insight con metas reconstructivas

## **CLASIFICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA.**

**-Terapia de apoyo.-** Su objetivos es el reforzamiento de las defensas ya existentes, así como la elaboración de nuevos y mejores mecanismos para mantener el control. Las técnicas empleadas son: guía, catarsis, relajación, hipnosis, placebos y los derivados del aborde conductual; establecimiento de agenda, adiestramiento afirmativo, costo conductual, conteo conductual, persuasión verbal directa, extinción, desvanecimiento, multas, saturamiento y se puede llevar a cabo en forma individual o en grupo. Con este tipo de técnicas se privilegia el análisis de la influencia de las fuerzas externas sobre el comportamiento del individuo, en donde carece de elementos emocionales o intelectuales para responsabilizarse de su comportamiento.

**Psicoterapia de insight con metas reeducativas.-** Tiene como objetivo el promover insight en los conflictos conscientes, con un esfuerzo deliberado para lograr un reajuste, una modificación de las metas y del modo de vida a medida de las potencialidades creadoras existentes. Las técnicas empleadas son el consejo terapéutico, las derivadas del reacondicionamiento (cognitivo conductuales) terapia centrada en el cliente, terapia gestalt, terapia bioenergética, análisis transaccional, psicodrama, terapia de pareja, terapia familiar, y se puede realizar en forma individual y en forma grupal. En este aborde se privilegia el análisis de las fuerzas internas con los estímulos externos, haciendo énfasis en las conductas conocidas por el usuario y que le originan problemas, buscando que sea capaz de manejarlas en forma responsable.

**Psicoterapia de insight con metas reconstructivas.-** Cuyo objetivo es promover insight en los conflictos inconscientes, con esfuerzos para lograr una modificación extensa de la estructura del carácter, expansión del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas posibilidades de adaptación. Las técnicas empleadas son las derivadas del psicoanálisis en sus diferentes modalidades (ortodoxo, kleniano, Lacaniano, grupo británico, psicología del self, de las relaciones objetales) psicoanálisis no freudiano

(Adler, Jung, Horney, Sullivan, Fromm) análisis existencial, llevándose a cabo el tratamiento en forma individual o de grupo. En este tipo de tratamiento se busca que el sujeto conozca la influencia de las fuerzas psíquicas internas de los cuales no es consciente y la forma en que influyen en su vida, su objetivo es hacer consciente lo inconsciente. La terapia de apoyo como su mismo nombre lo indica tiene como objetivo apoyar al usuario a fin de llevarlo a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, disminuyendo o eliminando los síntomas que provocan el desajuste en el comportamiento del sujeto, de modo que sea capaz de funcionar en un nivel bastante cercano al habitual. Se hace un esfuerzo para incrementar las defensas existentes, así como para elaborar mejores mecanismos de control. Se intenta eliminar o reducir factores ambientales perturbadores que actúan como fuente de tensión y que originan problemas en la vida cotidiana del usuario. Se analiza la influencia de los estímulos externos y sus efectos que tienen en el usuario, se trabaja lo de afuera hacia adentro y muy poco lo de adentro hacia afuera. Este tipo de terapia se emplea con personas que tienen un yo débil y que carecen de la capacidad para analizarse. "Esta indicada para a. - personas básicamente sanas abrumadas por una tensión severa, de modo tal que su funcionamiento eficaz óptimo queda temporalmente paralizado y su problema parece estar fuera de su alcance y b.- para personas con trastornos crónicos severos de la personalidad, con serios defectos yoicos, incapaces de soportar los rigores de un enfoque terapéutico de develamiento "(Wallerstein 1972) Se emplean métodos compasivos y/o coactivos, y se utiliza en forma combinada con otro tipo de técnicas psicoterapéuticas.

Al emplear este tipo de técnica el psicólogo tiene pleno conocimiento del manejo que está haciendo, para qué lo está haciendo y cómo lo está realizando, y que difiere en forma significativa de la actividad que realizan otras personas ajenas a la profesión.

## **PSICOTERAPIA DE APOYO.**

Guía. Es el término que se da a diversos procedimientos que ayudan activamente al sujeto en problemas relacionados con la educación, trabajo, salud y relaciones sociales. El papel que el terapeuta desempeña, es de una autoridad completamente directiva, que establece la planeación de la actividad diaria, de modo tal que está calculado lo que tiene que realizar diariamente el usuario.

Esto se lleva a cabo con personas falta de motivación y de fuerza del yo. Así como también para quien tiene dificultad para poner en juego la capacidad de abstracción. En este tipo de técnica se busca que los

conflictos sean hechos de lado y se anima a la persona a que se ajuste a sus problemas, más que los resuelva.

**Catarsis.** La persona establece la descarga de la excitación y que no es capaz de vincular con la experiencia y su efecto sobre de ella. Es el aceptar y reconocer ante otra persona (el especialista) que ha cometido una infracción sobre hechos que le provocan excitación y que no acepta de manera cotidiana. En ésta el psicólogo pone en juego su capacidad de atención y concentración para estimular la descarga de las experiencias que la persona ha tenido y que no ha sido capaz de comunicar a otros porque experimenta sentimientos de vergüenza o culpa, y expresarlo con el especialista se libra de tensiones que le originaban esos sentimientos. Se estimula al paciente a que descargue los sentimientos y emociones contenidas y que le provocan malestar. Es el alivio de una excitación anormal restableciendo la relación entre la emoción y el objeto que la excitó originalmente. (Warren 1974)

**Relajación muscular.** La tensión muscular acompaña frecuentemente a los problemas emocionales y contribuye a los síntomas del paciente. En esta situación pueden presentarse diversas conductas molestas, Jacobson y Fletchner, Yates y Neusfelt, han descrito una serie de ejercicios que capacitan a la persona para obtener un control voluntario sobre su tensión (Wolberg 1977) Existen diferentes técnicas para realizar la relajación, una de ellas es la relajación muscular progresiva, que tiene como objetivo que quien la práctica, readquiera la capacidad de experimentarse a sí mismo, para lo cuál realizará una serie de pasos que permitan no solo relajarse sino además conocer y experimentar su organismo.

Se inicia con la respiración diafragmática, con lo que se busca distensar el torax y el estómago, que es la parte en donde se experimentan las emociones, se realizan de cinco a siete respiraciones rítmicas y profundas, para que se proceda a la relajación. El sujeto tendrá una posición cómoda, bien sea sentado o acostado y bajo la guía del psicólogo, dirigirá su atención a las plantas de los pies, sintiéndolas, poniéndolas tensas y posteriormente aflojarlas, siguiendo con la misma actividad con las pantorrillas, muslos, glúteos, región genital, abdomen, pecho, cuello, hombros, antebrazos, brazos, manos y dedos, espalda, cuello, mandíbula, labios, mejillas, nariz, párpados, orejas, frente y cuero cabelludo con lo que se logra la relajación, para realizarla es importante la seguridad y firmeza con que el psicólogo por conducto de su voz conduce la relajación del paciente



La hipnosis y el placebo, son técnicas poco aplicadas en la psicología clínica en México, por lo que no se realizara ninguna descripción de ellas.

En las técnicas conductuales, se intenta resolver las conductas problema, eliminando o modificando los elementos desorganizadores de su ambiente. Su objetivo es solucionar problemas, poniendo el énfasis en el aquí y ahora, estableciendo un conjunto de directrices o reglas para utilizarlas como elemento conceptual. El conjunto de reglas es útil para destacar el hecho de que la conducta patológica, así llamada, no es diferente de otro tipo de conducta aprendida, tanto la conducta normal como la anormal se aprenden y ambas están sujetas al mismo conjunto de variables pertinentes, de principios y de condiciones. Berteein y Neitzel 1980, citado en Feixas (1993)

Para Yates 1975, citado el Manrique L.P (1982) la terapia del comportamiento es 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 íntimamente 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 o prevención de esas anomalías por medio de estudios experimentales controlados del caso individual, tanto descriptivos como correctivos.

Según Lakin E (1980) las principales características de los métodos conductuales pueden expresarse de la manera siguiente:

- 1.-Sistemáticos.-Enfoca sus tareas de manera sistemática, tomando datos, utilizando diarios, adoptando cambios controlados, observando los resultados, estableciendo programas y así sucesivamente.
- 2.-Empíricos.-Las variables en que se basan los procedimientos se fundamentan empíricamente sobre contingencias de reforzamiento.
- 3.-Identifica conductas-meta u objetivos para el cambio. Con la ayuda del usuario y el cuadro de presentación de quejas, trata de identificar objetivos razonablemente modestos y de utilizar las tácticas y las estrategias de la manera más económica y efectiva que sea posible.
- 5.-Identifica y dirige el cambio sobre datos observables.

- 6.-Ubica las variables en el medio ambiente.
- 7.-Identifica los estímulos pertinentes.
- 8.-La conducta es función de su consecuencia.
- 9.-Pone de relieve la autoadministración y el autocontrol.
- 10.-Pone de relieve el cambio

De aquí se derivan numerosas técnicas conductuales, procedimientos que ofrecen un enfoque amplio y versátil a los problemas clínicos

Este tipo de técnicas se puede clasificar, principalmente como: a.- procesales (pone énfasis en una técnica o procedimiento) b.- procedimiento de obtención de datos c.- conceptual (una manera de considerar un problema o de afirmar cómo se puede conceptualizar una intervención) d.- terapéutica activa. Todas las técnicas suponen, la administración de las contingencias de reforzamiento y todas tienen por objeto producir un efecto terapéutico.

No se admite la existencia de enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional, la conducta normal y anormal se adquieren y modifican por medio de los mismos principios de aprendizaje.

La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas. El objetivo, es la modificación de la conducta inadaptada, por ello antes de iniciar el tratamiento es necesario llevar a cabo una evaluación minuciosa de los parámetros y contingencias que controlan la conducta y definirlos en términos observables y establecer sistemas de registro, a fin de tener parámetros para la evaluación de la eficacia del tratamiento.

Según Manrique (1982) la aplicación se puede realizar por medio de estimulación aversiva, adiestramiento asertivo, acondicionamiento por aproximaciones sucesivas, aprendizaje social por modelamiento, autocontrol.

Para Lakin,(1980) "Todas las técnicas, suponen, en cierto modo, la administración de las contingencias de reforzamiento; y todas tienen por objeto producir un efecto terapéutico, aunque al principio esto tal vez no sea evidente, ya que los resultados terapéuticos pueden ser indirectos."

Todas estas técnicas, se pueden aplicar en forma individual o grupal, y posibilita que los usuarios se liberen de las conductas (síntomas) que les impiden que funcionen de manera apropiada en el ámbito académico, laboral o social.

La duración del tratamiento puede ser de tres a quince entrevistas.

## **PSICOTERAPIA INSIGHT CON METAS REEDUCATIVAS.**

En la psicoterapia de insight con metas reeducativas, se trabaja con personas que tienen un yo integrado, y que los conflictos que experimenta en ese momento le provocan dificultades y angustia, que impiden que funcionen en forma apropiada, sin embargo sus mismos recursos, posibilita la identificación de aquellas situaciones o conductas, que le provocan alteración en determinados momentos de su existencia, trabajando con ellos en el aquí y ahora, con la posibilidad de que los pueda manejar y los ponga en juego de manera más eficiente, liberando los recursos emocionales e intelectuales que se encontraban obstaculizados por los conflictos que experimentaba

En este tipo de psicoterapia, las técnicas son variadas ya que son producto de diversas formas de abordar al ser humano, sin embargo persiguen una misma finalidad, que sea capaz de poner en juego, la capacidad de experimentarse, como sería en el caso de la bioretroalimentación, la bioenergética, o bien que ponga en juego la razón, como es el caso de la terapia centrada en el cliente, la terapia racional emotiva, el análisis transaccional, la terapia familiar o bien por medio de la expresión de las emociones como es el caso de la terapia Gestalt, y el psicodrama, todo ello aplicado en forma individual, o grupal, respetando los principios teóricos que fundamentan cada aproximación.

Con las técnicas de reacondicionamiento, se busca que el usuario sea capaz de manejar en forma apropiada las conductas que le originan problemas, con el auxilio de la tecnología con que cuenta el conductólogo, aprenda a manejar en forma eficiente y generalice ese tipo de aprendizaje a otro tipo de situaciones significativas

En este tipo de técnicas se encuentran la bioretroalimentación biológica, el contrato de contingencias, las técnicas de autocontrol, y sobre toda su aplicación en la psicología de la salud, que ha permitido el trabajo con personas obesas, con cefaleas, problemas oncológicos, y algunos otros aspectos en donde se desarrolla en forma incipiente y que sus resultados son alentadores.

El modelo cognitivo terapéutico se ha venido desarrollando en forma amplia y ha dado origen a diferentes técnicas como son: modelos basados en el razonamiento y solución de problemas, modelos basados en las teorías evolucionistas, que relacionan la efectividad de la persona para enfrentarse al mundo con la habilidad para el uso adecuado del razonamiento y las estrategias de resolución de problemas. Este enfoque no concibe los problemas desde un punto de vista patológico sino como situaciones vitales que requieren una solución para lograr un funcionamiento efectivo, pero para la que el sujeto no cuenta con una respuesta inmediatamente disponible, D' Zurilla y Golfried, 1971, citado en Feixas (1993). También existe los modelos basados en las teorías evolucionistas y motrices de la mente, que parten de la epistemología evolutiva, la cual ve a los organismos como sistemas de conocimientos que son, a la vez, creadores y productores de su ambiente, ya que perciben y actúan imponiendo activamente reglas tácitas abstractas sobre la información no psicológica presente en el ambiente. A la vez, son el producto de su ambiente en el sentido de que las reglas tácitas que gobiernan sus acciones son producto de la evolución social y biológica, por un lado y del desarrollo ontogénico por otro. Las técnicas empleadas son: asignación gradual de tareas, programación de actividades, valoración de dominio y agrado, autoobservación, uso de autoaserciones, entrenamiento en habilidades específicas, ensayo conductual y role playing, ensayo cognitivo, identificación de pensamientos disfuncionales, identificación de errores cognitivos, disputa racional, análisis de costos y beneficios, técnicas de retribución, trabajo con imágenes, búsqueda de soluciones alternativas, identificación de esquemas y técnica de rol fijo

Psicoterapia de la gestalt.-Este enfoque concibe al individuo en su totalidad, ya que la persona tiene una tendencia natural a completar su existencia. Esto puede malograrse, originando una gestalt incompleta, que supone una negación de necesidades o deseos legítimos, por lo que pasara reelaborando asuntos inconclusos del pasado en su actividad presente, impidiendo que nuevas figuras surjan aquí y ahora. Sus principios son :A.-valoración de la actualidad; lo temporal, lo espacial y lo material. El aquí y el ahora es la condición situacional de la terapia, se intenta evitar todo lo que no está o no se desarrolla en el presente. B.- Valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia trascendiendo los discursos

intelectuales y las interpretaciones. Y C.-Valoración de la responsabilidad o integridad. Cada uno es responsable de su conducta, bien sea ésta el deprimirse, enloquecer o incluso suicidarse. Como aportaciones procedentes de esta teoría, además del uso del presente en la comunicación verbal, también se utilizan juegos, como los de decir frases en la que se incluya la palabra ahora y la sustitución de los ¿por qué?, o ¿por qué? por ¿cómo? Y así en el diálogo terapéutico y grupal la focalización de la atención se dirige sobre la conciencia. Otro recurso es pedir a la persona que permanezca en la emoción en que se encuentra sin hacer nada con ella y simplemente se observan los cambios en que en misma se producen. (Castanedo 1990, Salama y Villareal 1992, y Feixas 1993) Este tipo de tratamiento se puede aplicar en forma individual, de grupo, y de pareja y las técnicas empleadas son La “silla vacía”, lo nada o vacío, “hablar acerca de”, “Debeismos”, manipulación, pedir permiso, expresar lo no expresado, terminar o completar la expresión, buscar la dirección y hacer la expresión directa, exageración y desarrollo, actuación e identificación.

Terapia centrada en el cliente. El creador de este tipo de tratamiento es Carl Rogers, quien lleva a cabo aportaciones significativas en la relación que establece con sus clientes, en donde la psicoterapia, es un encuentro entre dos seres humanos, y operan las disposiciones profundas del terapeuta hacia el paciente, su mayor o menor disponibilidad hacia sus propias emociones y las del cliente, su grado de autenticidad y coherencia interna, Rodríguez, G.(1993) parte de los principios siguientes:

A.- acogida y no iniciativa.- Se trata de una actitud de receptividad, de la acogida con la que se recibe a alguien en casa.

B.- Centrarse en la vivencia del sujeto y no en los hechos que evoca.- Que implica centrarse en cómo el cliente siente y percibe a las personas y a los acontecimientos y no tomar en consideración los acontecimientos en sí mismos.

C.- Interesarse por la persona del cliente y no por el problema.- Renunciar a tratar el problema desde un punto de vista objetivo ya que el problema es existencial, es vivido por alguien, antes de nada, sentido para esa persona.

D.- Respetar al cliente y manifestarle una consideración real.- Se trata de intervenir de tal modo que realmente se dé al sujeto la certeza de que el terapeuta respeta su manera de ser, vivir o comprender.

E.- Facilitar la comunicación y no hacer revelaciones.- Se trata de hacer un esfuerzo para mantener y mejorar su capacidad de comunicar y de formular su problema.

Emplea la técnica de la respuesta-reflejo que consiste en la repetición por parte del terapeuta de lo que el cliente expresa, a fin de que vea reflejada en la respuesta del terapeuta sus propias palabras, sus falsas simbolizaciones de la experiencia, constituye un medio para tomar conciencia de lo que esta expresando.

Se emplea también la reformulación reflejo, que consiste en parafrasear, o reflejar la comunicación del otro. Se aprovecha el momento en que el sujeto finaliza un periodo a lo largo del cual ha expresado algo, para reformular lo que acaba de manifestar de tal modo que pueda reconocer su propio discurso.

La reformulación como inversión de la relación figura-fondo. Con esto se busca la reestructuración del campo.

La reformulación-clarificación propiamente dicha. El discurso del cliente es la expresión de lo que siente con todo lo que esto comporta de tanteo, desorganización y confusión. La clarificación es el aspecto más difícil y el más eficaz de la reformulación: consiste en descubrir y enviar al cliente el sentido de lo que acaba de decir.

Terapia rogeriana.- No existen métodos concretos, ya que se trata de una terapia no directiva, abierta a cualquier contingencia, ya que toma forma según las experiencias del sujeto.

Las técnicas no existen y son sustituidas por las actitudes del terapeuta, que son las que dan una forma peculiar al tratamiento. No se trata de actitudes preparadas y aplicables a determinadas situaciones. La actitud debe ser la actitud personal y natural del terapeuta, la espontaneidad.

Para Rogers es fundamental partir de tres elementos fundamentales: a.- consideración positiva incondicional, que implica una actitud de total respeto y aceptación de las vivencias y sentimientos del cliente, b.- empatía, que es la actitud esforzada del terapeuta por apreciar y comunicar al cliente la comprensión de los sentimientos y significados que expresa, c.- congruencia, o autenticidad, que proviene del reconocimiento de que la empatía para ser efectiva, debe ser genuina y real. Debe existir congruencia entre lo que el terapeuta dice, hace y siente.

Terapia bioenergética.- Su creador es Alexander Lowen, discípulo de Wilhelm Reich, de quien toma una serie de elementos teóricos para apoyarse y desarrollar su técnica, parte de la energía vital que se manifiesta por medio de la respiración, la postura, la rigidez muscular las cuales en el proceso de desarrollo se van manifestando en las diferentes capas que van envolviendo al ser humano, Lowen (1988), la capa más externa es la capa del Ego o lecho del yo y que contiene las defensas psíquicas, que son la negación, recelo, culpa, proyección, y racionalización, la segunda capa o lecho muscular, que es donde se encuentran las tensiones musculares crónicas que apoyan y justifican la primera capa y al mismo tiempo protegen al individuo contra la capa interior de sentimientos reprimidos que no se atreve a expresar, la tercera capa es la capa o lecho emocional, en que se incluyen las emociones reprimidas de cólera, pánico, o terror, desesperanza, tristeza y dolor. El cuarto núcleo es el centro o corazón, del cual emana el sentimiento de amar y ser amado. El trabajo técnico se inicia en las capas primera y tercera, que se complementan recíprocamente, ya que la primera se refiere a las defensas intelectuales y la tercera a las emocionales. Esta amalgama es difícil de lograr, porque la única conexión directa entre ambas es la capa de las tensiones musculares. Trabajando directamente con la capa segunda, puede pasarse a la primera o a la tercera cuando sea necesario. Así, al tratar las tensiones musculares, puede ayudarse al individuo a que entienda cómo su actitud psicológica esta condicionada por su armadura o rigidez de su cuerpo que puede servir como puerta para que emerjan los sentimientos reprimidos, movilizandolos los músculos contraídos que frenan y bloquean su expresión. (Lowen 1988)

Algunos de los ejercicios utilizados como vía terapéutica son los siguientes (Feixas y Miro 1993).

Ejercicios de respiración, muchas veces sonorizada y que tiene como finalidad el aumento del contacto consigo mismo y lo que lo rodea.

El arco bioenergético, así como otras posturas ya codificadas dentro del modelo terapéutico, está destinado a facilitar el desbloqueo de las tensiones crónicas de distintos lugares del cuerpo.

Los ejercicios de grito, así como de movimientos para expresar emociones que han sido sistemáticamente bloqueadas por el individuo.

Ejercicios de grounding (hacer contacto con la realidad), para facilitar la sensación de arraigo y sostén con el medio donde se desenvuelve.

Ejercicios relacionados con la exploración de posibilidades corporales y de la correspondiente exploración de nuevas posibilidades perceptivas y emocionales que permitan que se exprese el núcleo central del sujeto.

Análisis transaccional.- Su creador fue Eric Berne, quien desarrolla un enfoque racional y sencillo de la estructura y funcionamiento del ser humano. Influyó y fue influido por la teoría de Pears, F., con quien tuvo amistad. Parte de la premisa de que todas las personas tienen la capacidad para aprender a confiar en sí mismas, a pensar por sí mismas y a tomar sus propias decisiones y proporciona varios instrumentos conductuales y conceptuales que ayudan a la expresión libre de las emociones y que facilitan el acceso a la plena satisfacción de las necesidades superiores del ser humano; el afecto el amor, la autoestima, la autoconfianza, y la autonomía

Parte de los postulados siguientes: a.- por naturaleza los seres humanos propenden y son capaces de vivir en armonía consigo mismo, con los demás y con la naturaleza, b.- las personas aquejadas de dificultades emocionales y por ende de problemas conductuales son, con todo seres humanos completos e inteligentes y c.- todas las dificultades emocionales son curables.

Análisis estructural.- se basa en la conceptualización de tres estados del yo: el padre (P), el adulto (A) y el niño (N) que corresponden a un sistema de emociones y de pensamientos acompañados de un conjunto afin de patrones de conducta.

El padre proviene de la interiorización de las actitudes parentales incorporadas durante la infancia. Tiene relación con las normas sociales, juicios morales, actitudes protectoras, castigadoras, etc. El adulto corresponde a la expresión objetiva de la realidad y se manifiesta en comportamientos racionales, media entre P y N. El niño representa a los sentimientos, deseos e impulsos que surgen naturalmente en la persona.

Sugiere tres tipos de transacciones: la complementaria, en donde el mensaje parte del estado del Yo del emisor y llega a un estado del Yo concordante del receptor. La cruzada, el mensaje activa en el receptor un estado del yo inadecuado. Surge el conflicto y la comunicación tiende a romperse. Transacciones posteriores, se da cuando el mensaje se trasmite a dos niveles (verbal y no verbal) simultáneamente y de forma no congruente



Se concede menor importancia a los factores innatos o heredados en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia posible de factores genéticos o constitucionales

Se sitúa el objeto de estudio en la conducta, entendida como actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico.

Este tipo de análisis permite conceptualizar al usuario de acuerdo con sus estados del Yo predominantes, y la dinámica interna entre ellos.

Según sus postulados la mayoría de las conductas humanas son los resultados de los aprendizajes educacionales prejuiciados y de las influencias negativas a las que se encuentran expuestos la mayoría de las personas en el seno de sus familias y de su contexto sociocultural.

Por su estructura y dinámica sirve de marco de referencia para el análisis y aplicación de otras técnicas como las de Gestalt, la bioenergetica, la relajación y otro tipo de técnicas.

El trabajo terapéutico, se realiza en grupo ya que proporciona una situación en la que las personas tienen la posibilidad de experimentar y analizar, su forma de interacción con los demás y el tipo de sentimientos que de ésta derivan

Se establecen y definen en forma clara, los objetivos que persigue cada uno de los integrantes del grupo y el usuario da su consentimiento, de la conducta a cambiar, ya que cuando deja de realizar los esfuerzos correspondientes a su compromiso, la situación de tratamiento pierde su carácter como tal.

Existen dos tipos de intervención: La descontaminación, que consiste en rectificar las situaciones cuando las ideas, los sentimientos o las conductas del paciente estén alteradas, distorsionadas o disfrazadas. La reactivación, que se produce cuando el usuario logra experimentar otros Estados del Yo que el activado por él. Su enfoque consta de cinco niveles de análisis.

Para lograr esto se vale de la técnica de la reexpresión y que se constituye de tres procedimientos principales de efecto progresivo

También se lleva el análisis del juego, que se centra en la detección y análisis de las conductas asociadas con los juegos que los participantes acostumbran jugar, (Thomas, 1993).

Psicodrama.-Su creador es Joseph Levi Moreno quien trabajó en cárceles e instituciones psiquiátricas y desarrolla técnicas de terapia grupal, pone énfasis en la experiencia, la creatividad y al enfoque de la situación actual donde está teniendo lugar esa experiencia. Para él la espontaneidad y la creatividad son propiedades fundamentales de la naturaleza humana, deformadas por algunas normas y estereotipos culturales, los cuales busca rescatar y fortalecer por medio del psicodrama. Considera que la cultura europea occidental tiende a sobrevalorar el producto terminado en detrimento del proceso social de su creación. Y plantea la necesidad de rescatar a través de la aproximación psicodramática la totalidad del acto de la creación, proceso y producto a la vez. La espontaneidad es el encuentro sincero con otras personas, del conocimiento y sentimiento de la situación de otros. Surge de la sensibilización a la propia experiencia, ya sea en la relación de la persona consigo mismo o con otros significativos.

Moreno 1961 citado en Brenes, (1993) parte de que las emociones, fantasías, y pensamientos humanos poseen un carácter acumulativo a través de la existencia de la persona y que, como resultado de ello, surge el drama como un modo de organizar la experiencia.

Las categorías dramaturgicas que Moreno emplea para la descripción y realización del psicodrama como vehículo terapéutico deben, por consiguiente considerarse como concepciones elaboradas a partir como tienen lugar en la vida cotidiana la experiencia intersubjetiva y la interacción social. Esto se puede apreciar en las categorías de papel y de catarsis. El papel no es solo un concepto para entender y llevar a cabo la representación, es también el medio a través del cual la persona asume su propio drama y situaciones sociales relacionadas con él. La catarsis es la forma como se da en la vida cotidiana el acto y el proceso creativo.

Las reglas en la que se basa el psicodrama, son la espontaneidad, la permisividad, la recuperación e intensificación de la experiencia acumulada que se manifiesta en el presente, el énfasis en la expresión a través de diferentes formas, la suspensión de los juicios valorativos sobre lo que es patológico y sobre lo que no lo es. Se fundamenta en la diversidad de formas de expresión humanas y en la participación activa de la persona ya sea en forma verbal o corporalmente, o ambas formas a la vez.

Moreno, 1967 citado en Brenes, (1993) considera que la transferencia intergrupal no es el único ni el más importante proceso que se da en la psicoterapia grupal. Junto a ello se da el "tele", que lo define como el reconocimiento que se da entre los miembros del grupo de la singularidad de cada uno de ellos como

personas portadoras de una situación irrepetible y original. El tele al desembocar en el encuentro interpersonal, conduce a la constitución de un coinconsciente grupal, es decir una comunidad de experiencias psicodramáticas articuladas alrededor de los acontecimientos y vivencias centrales de la existencia.

Los elementos que integran el psicodrama son:

El director, que tiene tres funciones: es el productor, el terapeuta principal y analista social.

El protagonista que va a representar los diferentes dramas imaginarios o actuales de vida cotidiana.

El yo auxiliar cuyas funciones son las de actor, representando los papeles requeridos por el mundo del protagonista, la de guía y agente terapéutico.

El público, que tiene dos funciones: en relación con el sujeto y los actos que se cumplen en el escenario, y en relación consigo mismo (centrada en el público).

Como en todo proceso psicoterapéutico, es conveniente seleccionar y establecer el encuadre con los candidatos a participar en el grupo de psicodrama, el cual consta de las siguientes fases: El calentamiento, que puede ser biomecánico que requiere un incremento gradual de movimiento físico, la inclusión de conductas espontáneas y la atención dirigida hacia una idea o tarea específica, o bien el calentamiento del director en donde motiva al grupo y lo involucra y prepara para la acción y una vez seleccionado el protagonista, el director es confrontado con la representación de la acción con el objeto de ayudar, más al protagonista en las diferentes dimensiones psicológicas del problema. En esta fase hay una búsqueda del conflicto principal y una mayor expresión de emociones conforme el drama se desarrolla. Según se monta la escena, los egos auxiliares son escogidos y estimulados a moverse inmediatamente dentro de sus roles. La última fase es la de elaboración, en donde el protagonista recibe retroalimentación del resto del grupo, quienes comparten con él las experiencias vividas.

Las técnicas pueden ser: la intervención directa del director en la dramatización, la intervención indirecta del director en la dramatización, el soliloquio, el cambio de roles, doble espejo, interpretación de resistencias, reemplazo de la palabra por un sonido, concretización, etc.

Terapia familiar.- Para Minuchin S.(1979) existen tres corrientes en la terapia familiar en los Estados Unidos de Norteamérica, la primera corriente transicional, que trata de amalgamar conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos tradicionales y que en tratamiento tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente y pone énfasis en la exploración del pasado, en el contenido de la comunicación y en la interpretación y transferencia como instrumento de cambio. ( Natan Ackerman, Donald Bloch, Boszarmennyi Nagi ) La segunda es la corriente existencial que tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona y el tratamiento pone énfasis en la experiencia en el presente, entre el terapeuta y los miembros de la familia , como instrumento de cambio para ambos. A esta aproximación pertenecen Virginia Satir, D.Jackson, J.Haley, y Carl Whitaker. La tercera corriente tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, y en la terapia el énfasis está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción. A esta pertenecen Erickson Milton, Minichin Salvador, y se agrega a las anteriores aproximaciones la escuela de Milán, representada por Boscolo y Selvini.

Se puede observar que existen diferentes fundamentos teóricos y técnicos, en consecuencia estos últimos son muy variados y esta en función de la creatividad de cada terapeuta, sin embargo las más empleadas son: la especificación de la demanda, la redefinición del síntoma, el joining, el reencuadre, el uso de las tareas estratégicas, la intervención paradójica, la instrucción directa y las preguntas circulares.

En la psicoterapia de insight con metas reeducativas, se puede llevar a cabo el tratamiento en forma individual, en grupo o de grupo y se trata de guiar al(los) usuario(s) en una exámen de sus procesos internos con el fin de darle(s) un insight respecto de como participa en la promoción de sus propios disturbios emocionales, o bien como las experiencias de aprendizaje y el influjo del medio han originado esas conductas

La duración del tratamiento es variable, puede durar de tres a quince entrevistas en terapia familiar, o bien hasta cincuenta o más entrevistas en las otras técnicas.

## **PSICOTERAPIA INSIGHT CON METAS RECONSTRUCTIVAS.**

Según Wolberg (1977) el objetivo, es hacer reconocer al paciente sus conflictos inconscientes y los derivados de éstos, los cuales producen dificultades en las relaciones interpersonales y una angustia que

le es difícil de asimilar y se manifiestan en los modos de ajuste que son inadecuados. Esto es considerado importante para facilitar cambios extensos en la estructura del carácter, tiene como metas no solo la restauración del sujeto a un funcionamiento afectivo en la vida por medio de la resolución de síntomas inhibidores y relaciones interpersonales perturbadas, sino además tiende a provocar un desarrollo de maduración emocional con la creación de nuevas potencialidades adaptativas.

El origen de este tipo de tratamiento se da en el psicoanálisis creado por Sigmund Freud, quien partiendo de la triada, libido, inconsciente y transferencia, desarrolla una teoría y una técnica, a partir de la cual se generan diversas teorías y técnicas, sin embargo quien se apoya fundamentalmente en el concepto de libido, se le considera practicante del psicoanálisis, lo que ha dado que existan diferentes escuelas, cada una de ellas realizando aportaciones significativas con su enfoque particular sobre casi todos los problemas.

Según los Bleichmar(1989) , después de Sigmund Freud, existen tres grandes escuelas, que son las generadas por Hainz Hartan con la psicología del Yo, la escuela de Melania Klein, y más recientemente la de Jacques Lacan, además de otros autores contemporáneos que tienen gran influencia en el pensamiento psicoanalítico, independiente de si formaron o no una escuela definida dentro del movimiento, como son los postklienianos Bion Wilfred, Melzer Donald, Racker Heinrich, Etchegoyen Horacio, Rosenfeld Herbert, Liberman David y Grinberg León. El grupo británico integrado por Fairbairn Ronald, Balint Michel, y Guntrip Harry, así mismo a Winnicott Donald, Mahler Margaret, Kohut Heinz, y Kernberg Otto.

Todos ellos, consideran que los primeros años de vida del sujeto, son definitivos su devenir futuro lo que trae como consecuencia que se acuñe la frase de Santiago Ramírez "Infancia es destino" en donde lo vivido en la etapa pregenital va a ser determinante en la vida del ser humano. Por la importancia de los conceptos básicos: libido, inconsciente y transferencia, se procederá a dar una breve definición de cada uno de ellos. Según Freud, S. la libido es la energía "movens" del aparato psíquico. Esta energía según el principio de placer y displacer es de índole sexual. Busca la satisfacción de las exigencias instintivas (placer) y evita lo que impide su insatisfacción (displacer) es el dinamismo de la vida anímica, cuya energía es la libido, que esta al servicio de la vida.

Inconsciente, puede ser entendido como el conjunto de fenómenos fisiológicos (instintivos y reflejos) que definen al cuerpo en relación con un cogito y una conciencia. Para Freud S. es todo proceso psíquico cuya existencia viene demostrada por sus manifestaciones, pero del cual por otra parte ignoramos todo, a pesar de que se desarrolle en nosotros. Todo proceso que suponemos activado en la actualidad sin que al mismo tiempo sepamos nada de él. El empleo sustantivo o adjetivado se relaciona con una concepción que ha evolucionado de la primera a la segunda tópica. El inconsciente es concebido en primer lugar como un sistema o una instancia, cuyas características principales son la acción de la represión, los mecanismos de la condensación y el desplazamiento (proceso primario), los contenidos del inconsciente - en relación con los deseos de la niñez - se hallan pulsionalmente cargados y su manifestación en la conciencia (sistema preconscious-consciente) sólo puede hacerse efectivo bajo la forma de un compromiso (deformaciones de la censura). En su Aceptación adjetiva (segunda tópica) es una calificación del ello, pero también del yo y del superyo. (Fedida, P.1977). Lo podemos considerar como las actividades mentales de las cuales el individuo no tiene conocimiento.

Para Díaz Portillo (1989), el inconsciente está "constituido por aquellos contenidos y procesos mentales incapaces de lograr el acceso a la conciencia debido a la existencia de la represión. El contenido del inconsciente está formado por las representaciones pulsionales y los deseos inaceptables para las normas morales, éticas e intelectual del individuo, contenidos organizados bajo una lógica distinta a la formal, en la que las huellas mnémicas (recuerdos) se organiza a través de formas primitivas de asociación: Proceso primario".

Transferencia, en sus primeros escritos, Freud, S. la asimila al fenómeno de desplazamiento de afecto y de pasaje de una representación a otra. Se especifica cuando designa una estructura de relación original entre el analizado y el analista, dentro de la cura. Para Laplanche y Pontalis es el proceso mediante el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos en el marco de un determinado tipo de relación establecida con ellos, y de un modo especial, en el marco de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Para Freud, S. 1905, citado en Sandler, J.(1986), las transferencias, son nuevas ediciones o facsímiles de los impulsos y fantasías que surgen durante el curso del análisis; éstas tienen una peculiaridad, característica de su especie, y es la de reemplazar a una persona anterior por la persona del médico. En el momento presente. Algunas de estas

transferencias tienen un contenido que difiere de aquel de su modelo, tan sólo en la sustitución de la persona

De la triada anterior se desprenden otra serie de conceptos, que han enriquecido el psicoanálisis y que han realizado aportes significativos a la teoría y técnica, en términos generales

Los aspectos técnicos que dirigen el proceso psicoanalítico son los siguientes:

Encuadre: se establece el contrato analítico, en donde se especifica la frecuencia de las sesiones (de 3 a 5 entrevistas a la semana en el psicoanálisis clásico), duración (de 45 a 55 minutos), el lugar donde se lleva a cabo, la puntualidad, los honorarios y su forma de pago, la ausencia de relación con el analista fuera del tratamiento, el período de vacaciones, fiestas, etc. La duración varía de dos a tres años.

El analizado debe atenerse a las siguientes reglas

1-Regla fundamental o básica. Se le indica al analizado que es importante que comunique todos los pensamientos, sentimientos y actividades que tenga, así los pueda considerar insignificantes o vergonzosos.

2.-Regla de asociación libre, en donde el analizado debe comunicar todo lo que viene a la mente.

El analista, debe atenerse a las reglas siguientes:

1-Regla de abstinencia, que consiste en evitar satisfacer las demandas del paciente. En el curso de un análisis correcto el analizado llega a comprobar que no solo se le niega el consuelo, la simpatía, el apaciguamiento, el aplacamiento o el alivio, sino también las órdenes y las prohibiciones, los consejos y las insinuaciones, la manifestación de las opiniones y convicciones privadas.

2-Regla de atención flotante, es la modalidad de cierta manera de escuchar al paciente, por parte del analista. Para escuchar, el analista debe sustraer su mente de todo lo que es su vida personal, sus motivaciones conscientes e inconscientes. La atención flotante es, pues en el analista el reverso y el corolario necesario de la asociación libre en el paciente. Freud, S., considera "así como el paciente debe decir todo lo que le pase por la cabeza, eliminando toda objeción lógica y afectiva que le llevaría a seleccionar, también el médico debe estar en condiciones de interpretar todo lo que escucha, a fin de

descubrir en ello todo lo que el inconsciente disimula, sin que su propia censura venga a reemplazar la selección a la que ha renunciado el paciente.” (Fedida, P. 1974)

La relación terapéutica, se establece sobre la base de la noción de transferencia, que ha sido explicada anteriormente y el concepto de contratransferencia, que ha sido definido con el conjunto de reacciones inconscientes del analista, frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (Laplanche y Pontalis, 1968) Otro elemento importante es el término de alianza terapéutica, al cual Freud, S. definió como una alianza entre el analista y el Yo del paciente para vencer las fuerzas irracionales del inconsciente, como si se tratara de una batalla en la que el analista y el analizado son aliados (Feixas y Miro 1993)

#### El proceso terapéutico.

Aunque Freud, S., consideraba que en el psicoanálisis, como en el ajedrez, lo más importante son la jugada inicial y la final, no centró su atención en describir el proceso terapéutico, que atraviesa distintas fases. Sin embargo Glover (1955) citado en Feixas (1993), Etchegoyen, H. (1993) estudió las etapas que clásicamente se admiten como características del tratamiento psicoanalítico: 1.-Apertura del análisis: Se inicia con la primera sesión y su extensión oscila entre los dos y los tres meses. Se caracteriza por los ajustes entre las expectativas del paciente y el analista.

2-Etapa intermedia. Comienza cuando el analizado ha comprendido y aceptado las reglas del juego. Su duración es variable y se extiende hasta que la neurosis original (a través de su replica en la neurosis de transferencia) ha desaparecido. Se caracteriza por continuas oscilaciones, entre progresión y regresión, reguladas por el nivel de resistencia.

3-Terminación del análisis.- Es la etapa más breve y su característica esencial es el conflicto de separación que incluye la disolución de la transferencia, la cual trae como consecuencia la superación de la fijación y la resolución del complejo de Edipo, que permite que el analizado llegue a la etapa genital y la integración de las funciones más maduras del Yo.

#### Recursos técnicos.

Greenson (1979) divide los procedimientos técnicos en:



1-Para la producción de material: asociación libre, reacciones transferenciales, y resistencias.

2-Para el análisis del material: confrontación, aclaración, interpretación y construcción.

Tomando en consideración, la definición de asociación libre, planteada anteriormente, y a partir de la valoración que el analista ha realizado del candidato a análisis, en donde ha valorado las funciones yoicas del analizado, para conocer si tiene la elasticidad de oscilar entre funciones más regresivas que se necesitan en la asociación libre y las funciones yoicas más avanzadas necesarias para entender las intervenciones analíticas, responder a las preguntas directas y resumir la vida cotidiana al final de la entrevista (Greenson,R. 1979)Pag.46.

#### Análisis de las reacciones transferenciales.

Si la transferencia es sentir impulsos, actitudes, fantaseos y defensas respecto de una persona en la actualidad que no son apropiadas para tal persona y son una repetición, un desplazamiento de reacciones nacidas en relación con personas que tuvieron importancia en la primera infancia. Esto lleva al analizado a repetir en la transferencia los impulsos, actitudes, etc. y es el material que se analiza de las reacciones transferenciales

#### Análisis de las resistencias.

Se centra en las fuerzas que desde dentro del analizado se oponen a los procedimientos y procesos de la labor analítica y son todas las operaciones defensivas que el paciente ha realizado en su existencia

#### El análisis del material del paciente.

El psicoanálisis clásico emplea un buen número de procedimientos terapéuticos, los cuales a continuación se describen: confrontación, con ella se muestra el paciente dos cosas opuestas con la intención de colocarlo ante un dilema, para que advierta la contradicción. A menudo lo lleva a apreciar aspectos que se pasaban por alto y que el analista considera importante

Clarificación.- Consiste en la reformulación de un episodio, que ha manifestado el analizado desde un punto de vista distinto, más focalizado de forma que se resalte algún aspecto específico. Busca identificar algo que sabe, pero no en forma diferenciada.

Interpretación.- Es la comunicación hecha al analizado para hacer consciente un fenómeno inconsciente y vivenciar el significado, origen, historia, modo o causa inconsciente de un determinado suceso psíquico. Al interpretar, los sueños, los actos fallidos, los síntomas el analista va más allá de lo directamente observable, y con la colaboración del paciente por medio de la asociación libre, posibilita que el analizado obtenga un conocimiento de la manifestación inconsciente de su comportamiento.

Existen otros procedimientos técnicos, sin embargo, los elementos clásicos son los citados anteriormente, pueden variar en función de la aproximación teórica de la que se parta.

Con estos elementos técnicos, el psicoanálisis ortodoxo busca hacer consciente, lo inconsciente y propiciar que el analizado sea capaz de poder superar la fijación y el complejo de Edipo y que pueda arribar a la etapa genital, en la cual por medio del conocimiento obtenido el sujeto sea capaz de poner en juego un mejor manejo de su energía intrapsíquica

Tomando como punto de partida la aceptación de la existencia en el ser humano de una cualidad psíquica llamada inconsciente, en donde existen los conflictos reprimidos y que los primeros años de vida del sujeto son importantes para comprender su dinámica y que la transferencia y la libido desempeñan un papel primordial en la teoría y la técnica.

Hartmann, Klein, y Lacan, y los representantes de la escuela británica y de las relaciones objetales hacen aportaciones significativas al psicoanálisis “podríamos decir que en este momento no hay un psicoanálisis sino muchos” (Bleichmar M.N- y Leiberman C. 1989 p. 19)

Es por ello importante hacer un análisis sobre las diferencias y similitudes que presentan Freud, Hartmann, Klein y Lacan, en donde se encontró lo siguiente; sobre la *estructura psíquica*, la conciben formada por tres instancias: ello, yo y superyo, aunque Hartmann considera a estas tres instancias formadas por subestructuras y aporta la idea de que el conflicto psíquico no es solo intersistémico (entre las subestructuras de cada instancia). Klein se diferencia de Freud S., Hartmann y Lacan, porque concibe la existencia del yo y del superyo desde la temprana infancia, mientras que los otros tres autores no lo hacen explícitamente) afirman que el yo y superyo (llamado el heredero del complejo de Edipo) se van formando con el desarrollo del sujeto y el contacto con la realidad ambiental y social que tiene.

Asimismo plantea la existencia de un Complejo de Edipo temprano, situándolo a los tres meses de edad (surgiendo con la elaboración de la posición esquizoparanoide y el paso a la posición depresiva).

Para Freud S. y Hartmann (Lacan no explícitamente) el desarrollo se da por etapas en las cuales la libido pasa por zonas erógenas (oral, anal, fálica y genital), en cambio para Klein se da por el paso del individuo por dos posiciones (teoría de las posiciones).

Lacan le da más importancia al lenguaje y concibe al inconsciente del sujeto formado y regido por las leyes del lenguaje, que es lo que determina el inconsciente, los deseos del sujeto y los roles sociales.

Para estos autores, el ser humano está determinado por sus pulsiones (Freud S., Hartmann H., y Klein M.) que guían la conducta para lograr la satisfacción de necesidades orgánicas con un objeto de la realidad exterior sin entrar en conflicto con los valores sociales y con la realidad. Lacan considera al ser humano determinado por el lenguaje. En psicoanálisis la conducta del ser humano no es libre, está guiada por sus pulsiones y limitada por la realidad y por lo social. Tiene que adaptarse tanto a lo biológico como a lo social. La psique es en su mayor parte inconsciente.

Concepto salud enfermedad mental.- Freud S. y Hartmann H., consideran que para tener salud mental, el sujeto debe poseer un yo fuerte, capaz de satisfacer las pulsiones provenientes de ello, sin que la satisfacción choque con la realidad ni con los valores morales (superyo). Para Hartmann el yo fuerte es el que puede recurrir a sus funciones autónomas (Freud le llama a esto que sí el sujeto puede recurrir a sus funciones intelectuales, aunque no las llama autónomas, será de beneficio al tratamiento). Para Lacan el que un sujeto sea sano es porque conoce la verdad inscrita en su inconsciente y funciona con un tipo de identificación predominantemente simbólica. Para Klein una adecuada elaboración de la posición depresiva es crucial para el buen funcionamiento psíquico.

Enfermedad mental.- Freud y Hartmann coinciden al establecer que la enfermedad mental, se da por la incapacidad del yo por satisfacer las demandas pulsionales del ello y las demandas morales del superyo, es el conflicto psíquico entre las instancias psíquicas. Klein considera que una fijación en la posición esquizoparanoide da como resultado la psicosis (esquizofrenia) y una fijación en la posición depresiva da como resultado el desarrollo de una psicosis maniacodepresiva, se dan por los sentimientos de odio y amor por los objetos introyectados. Lacan considera que las psicosis y las perversiones se dan por una

resultado la psicosis (esquizofrenia) y una fijación en la posición depresiva da como resultado el desarrollo de una psicosis manícodepresiva, se dan por los sentimientos de odio y amor por los objetos introyectados. Lacan considera que las psicosis y las perversiones se dan por una fijación del sujeto a un tipo de identificación imaginario por la carencia de la superación del complejo de Edipo y de esta manera no acceder al registro simbólico y a la aceptación de la Ley.

Tratamiento.- Para Freud, consiste en la alianza con el yo debilitado del sujeto y apoyándose en la realidad, fortalecer al yo en la lucha contra el ello y el superyo y reeducar al superyo severo por medio de la transferencia. Para Hartmann es establecer la alianza terapéutica con el área libre de conflictos (funciones autónomas) del yo del sujeto para enfrentar las exigencias del ello. Para Klein, el terapeuta debe interpretar las fantasías, ansiedades, mecanismos de defensa, tanto de las relaciones de objeto presentes y pasadas del sujeto. Para Lacan, es la utilización de la palabra plena para llegar a la verdad inscrita en el inconsciente del analizado. Para todos ellos el empleo de la asociación libre es básico para conocer el inconsciente y emplean los recursos técnicos descritos con anterioridad. Lacan a diferencia de los demás recurre a la palabra plena y a la suspensión de la sesión cuando el analizado se resiste a la palabra plena para conocer su verdad.

Los demás autores que hacen aportaciones significativas, en el aspecto teórico y en el aspecto técnico, como son el grupo británico (Fairbairn, Guntrip y Balint), Winnicott, los postklienianos, Margaret Mahler, Heinz Kohut y Otto Kernberg, enriquecen el psicoanálisis al investigar la madre como matriz simbiótica, la importancia del cuidado materno y el punto de vista de la autoestima (Bleichmar, N, y Leiberman, C. 1989)

De los seguidores de Sigmund Freud y que posteriormente disintieron de la teoría de la libido se encuentran Adler, Jung, Ferenczi, Rank, Reich, Horney, Sullivan y Fromm, los elementos comunes que comparten son los siguientes: a.- rechazan la teoría del instinto y la sexualidad infantil; en particular la validez y universalidad del complejo de Edipo, b.- son importantes los factores socioculturales y la estructura del carácter en la organización psicológica y la conducta inadaptada, c.- enfatizan el papel de los conflictos interpersonales en la génesis de la psicopatología, d.- se reduce la importancia del inconsciente y limitan el papel de la sexualidad, e.- es de interés la experiencia consciente, al igual que los procesos cognitivos y las funciones de adaptación y dominio, f.- se interesan por el desarrollo normal y la salud mental.

Con relación a la técnica psicoterapéutica, han introducido cambios en relación a psicoanálisis clásico. Se manifiesta en la duración del tratamiento y frecuencia de las sesiones que es menor en número, la relación es cara a cara y el terapeuta aborda los conflictos actuales del paciente, asumiendo una posición activa y directiva.

A continuación se presentan los métodos de Adler y Jung según Feixas (1993)

#### El método terapéutico de Adler A.

Encuadre.- El paciente y el terapeuta se sientan cara a cara, la frecuencia de las sesiones es de una o dos a la semana y la duración del tratamiento rara vez excede un período de un año.

El proceso terapéutico consta de tres etapas de diferente duración.

En la primera, el objetivo del terapeuta es comprender al paciente y sus problemas. Aquí hay que reconstruir el estilo de vida del paciente hasta establecer un diagnóstico preciso.

Segunda etapa, su objetivo es conseguir que el paciente comprenda su estilo de vida, sus metas ficticias o distorsionadas

Tercera etapa.- Se inicia cuando el paciente ha adquirido una visión clara y objetiva de su estilo de vida y se enfrenta a la decisión de cambiar. Si decide cambiar de estilo de vida, el terapeuta debe ayudar al paciente a enfrentarse a una nueva realidad.

En el plano de las técnicas terapéuticas Adler fue un pionero en la utilización de técnicas que están presentes también en otros modelos psicoterapéuticos, como la intención paradójica y el reencuadre, la asignación de tareas, la creación de imágenes, los diálogos socráticos, etc., Berstein y Nietzel 1980; Kriz, 1985 Citado en Feixas (1993).

#### Método terapéutico de Jung, C.

Jung difiere en el manejo conceptual de los elementos básicos del psicoanálisis, y da un manejo diferente a los sueños, con lo que modifica el abordaje del inconsciente por medio del material onírico y la transferencia, y realiza aportaciones como anima, animus, arquetipo, complejo, etc., (Jacoby 1992,

Matton 1980) Encuadre, se establece una relación cara a cara y se le pide al paciente la colaboración activa en el tratamiento, asignándole tareas y lecturas para casa. La duración de la sesión es de una hora dos veces por semana, para posteriormente tener una sesión a la semana. La duración global del tratamiento es de tres años.

El proceso terapéutico consta de tres estadios.

1- El primer estadio: se confronta al individuo con su persona, especialmente con su sombra, es decir, con los aspectos conscientes y no conscientes de su manera de ser.

2-Segundo estadio: se confrontan los problemas del anima y animus. El paciente varón debe comprender en este estadio que siempre que ha tratado con mujeres ha proyectado su anima sobre ellas, y a la inversa si el paciente es una mujer.

3- Tercer estadio: aparecen en primer plano los arquetipos de la luz y el arquetipo cósmico. El primero implica la noción de sabiduría y la imagen del sabio anciano y el segundo la noción del orden del universo, que comporta la idea de sincronicidad.

En el grupo de psicoanálisis no freudiano, una aproximación importante, es la representada por los culturalistas, Horney, Sullivan y Fromm, quienes rechazan la teoría de la libido y destacan la importancia de los factores socioculturales y la estructura del carácter en la organización psicológica y la conducta inadaptada. Enfatizan el papel de los conflictos interpersonales en la génesis de la psicopatología, se interesan por el desarrollo normal y la salud mental. De ellos tres la aproximación que más desarrollo ha tenido ha sido la de Fromm, y aunque se carece de libros sobre técnica de psicoanálisis humanista se describe una serie de elementos teóricos y técnicos que han sido recabados por medio de sus libros, seminarios y de uno de los principales discípulos.

Eric Fromm, crea una escuela en la Ciudad de México, con lo que desarrolla lo que en un principio denominó Psicoanálisis Humanista, el cual se basa en los conceptos siguientes: inconsciente, es todo aquello que le es desconocido al ser humano, transferencia es el profundo anhelo de creer en una figura todopoderosa, onnisciente, previsor y benevolente. Es también un intenso lazo afectivo con este "auxiliar mágico" que a menudo se llama temor o amor o no se le da un nombre particular, Fromm (1992) La transferencia son los temores y los miedos irracionales, que impiden que el sujeto sea capaz de

asumirse y deposite o evada sus responsabilidades y capacidades que le corresponden. Desarrollo, son todas las potencialidades y capacidades del ser humano que le puede permitir el llegar a ser independiente y autónomo sobre la base del desarrollo de la razón y el conocimiento, que le posibilita darle un sentido a su existencia.

Para Fromm, según Silva Jorge, (1988) la importancia de la psicoterapia es romper la cadena de errores que ha cometido el sujeto sobre la base de su marco de orientación y devoción y permitir que él sea capaz de establecer su propia vida, que facilite que afloren nuevos valores y errores en donde se manifieste la forma de ser del paciente y es cuando se rompe la programación con que el sujeto ha sido educado en su familia.

Parte de una exploración inicial.

1-Se explora y esclarece todo lo asequible de la psicopatología actual, buscando de ser posibles traumas tipificantes y los bocetos del carácter, identificando aquel que es dominante.

2-Se le pide al candidato tres recuerdos de su infancia, que permiten la ubicación en cuanto a la significación cualitativa de las figuras del entorno familiar y apuntan aquellas áreas de conflicto con algún familiar, con frecuencia amplia el conocimiento de la estructura del carácter del sujeto y en ocasiones aparece unas tanto las influencias del vector social.

3-El acontecer cotidiano y de un día de descanso. Se le pide al candidato que nos describa que hace en un día cotidiano desde que se levanta hasta que se acuesta, lo mismo que en un día de descanso, con lo que se esclarece la relación en el aquí y ahora la relación con las figuras del entorno y recalca alguno rasgos psicodinámicos.

4-Los sueños repetitivos o significativos o bien las pesadillas nos indican los conflictos inconscientes del sujeto

Todos estos datos nos señalan una actitud de como vive el sujeto y vivencia su ambiente, pero sin que ello signifique que así es el ambiente, solo significa que es solo una apreciación de sí mismo, de su ambiente y de las personas con que convive. Deber quedar claro que los primeros conocimientos del sujeto en estudio son lo que él vive y como lo vive y no lo que es y comenzamos a tener un atisbo de su

psicodinámica interna de su yo propio, en donde debemos de aplicar el principio de incertidumbre sistemática, en donde se acepta lo que el sujeto comunica, sin embargo es importante tener la curiosidad por conocer que hay atrás de lo que el sujeto dice, en donde se debe esperar a que la persona reconsidere su afirmación inicial, a menos que el proceso dialógico obligue a una confrontación al respecto.

5-El primer sueño en tratamiento, señalará (entre otros hechos el análisis vivencial del sueño manifiesto), el probable devenir de la transferencia, además indicará con precisión las áreas de cambio que deben sobrevenir (ostensibles en el mundo onírico) si vamos a hablar de cambios progresivos reales en la orientación del carácter del sujeto

6- Todo proceso psicoterapéutico, impone el desarrollo de la capacidad heterocrítica y autocrítica, sin este requisito no es posible la integración de nuevos "marcos conceptuales" de referencia, paso indispensable a un proceso terapéutico de progresión, ello impone: a.- la crítica crecientemente objetiva del padre, madre, hermanos y otras figuras significativas, lo que permite revalorizar con mayor racionalidad los cambios en progresión de los marcos de referencia por el desarrollo de la autocrítica y confrontan al individuo con su problemática propia ineludible y permite enfrentarlo con las imágenes cada vez más realistas, objetivas de las figuras familiares y entonces se encuentra una visión más objetiva de las figuras parentales y fraternales.

b.- En todo desarrollo de la auto y heterocrítica, dos son las barreras más difíciles, la objetivación de la madre. Y la relación con ella, dada su significación biológica y dependencia hacia ella en los primeros años de vida, ya que es la encargada de satisfacer las necesidades básicas y emocionales de su cría, además de ser la que brinda una forma de relación que permite que el sujeto se sienta aceptado o rechazado, valorado o despreciado, significativo o devaluado, y que influirá en su marco de orientación y devoción, que le dará sentido a su existencia y que lo guiará en el transcurso de su existencia.

La comprensión vivencial del primer sueño en tratamiento, es la base que permite conocer y valorar lo que se ha conocido y en lo que se ha equivocado el terapeuta, por lo que es necesario constatarlo con los sueños subsiguientes en tratamiento.



Los sueños señalan pautas e indican en que sentido se debe trabajar, lo que permite intentar esclarecer las motivaciones inconscientes del soñante y que se manifiesta un interés por comprender que es lo que origina el comportamiento del paciente.

Proporcionar psicoterapia implica o significa entrar en detalles, ya que estos son lo que diferencian a las personas, y es lo que da la pauta de conducta motivacional y permite la expresión de su individualidad.

Lo importante de la psicoterapia es él quedarnos con la duda y no sacar conclusiones, al plantearle la pregunta con relación a los afectos que aparecen en el sueño se busca entender lo que le sucede al soñante y que comunica mediante su material onírico.

Ante esto la función de terapeuta, es ayudar a esclarecer, a contrastar, a hacer vivenciar la vida del paciente, en donde se adquiera un sentido de existencia y se manifieste el ser y tenga una manera de hacer

Se tiene que integrar los puntos que esclarecen la visión inicial que presenta el paciente, a fin de partir de hechos conocidos a hechos desconocidos, si no se tiene nada que afirmar si se tiene mucho que esclarecer, ante esto es necesario que se tenga un punto de apoyo al cual recurrir para avanzar en el tratamiento, en lugar de tener muchos hechos de ahí que el primer sueño en psicoterapia brinda hechos significativos que pueden conducir el proceso psicoterapéutico.

El esclarecimiento del sueño debe ser en base a preguntas de los afectos manifiestos y la vinculación con las experiencias que ha tenido el soñante y no sobre la base de interpretación y conclusiones, se debe analizar la relación que existe entre los diferentes sueños y no perder la secuencia de los mismos, en donde se debe preguntar ¿quien eres? y ¿que manifiestas en tu sueño y tu vida de vigilia? y la relación entre estas dos manifestaciones de vida del paciente, que permite ampliar su conocimiento y que surjan dudas, que son las que se tienen que despejar por medio del proceso dialógico.

En la etapa intermedia se analiza en el aquí y ahora la transferencia y los mecanismos de supervivencia que el sujeto ha desarrollado y que han conformado su marco de orientación y devoción, se realiza la fractura de éste, mediante el desarrollo de la razón, que permite que se manifieste la heterocritica, mediante la cual empieza a conocer a esos seres humanos a los cuales les ha dado capacidades especiales y de quienes depende de manera irracional, y que origina que viva sobre la base de lo que le enseñaron y no sobre la base de él mismo, por lo que vive sobre la base de los motivaciones conscientes e

inconscientes de las figuras significativas de su entorno, y lo que los filtros sociales (el lenguaje socialmente condicionado, la lógica y los tabúes (carácter social), y el contenido de las experiencias, Fromm (1970) que le han permitido conocer.

En la etapa final, con el desarrollo de la autocrítica y la heterocrítica, se busca romper la transferencia que le permita al paciente vivirse y experimentarse y asumir las riendas de su vida, que le permitan vivir sus propios aciertos y errores en donde ponga en juego sus capacidades esencialmente humanas, como son la capacidad de experimentarse a si mismo, su lenguaje simbólico, que le permita expresar y comprender su mundo interno y el empleo de la razón, mediante la cual explica lo que ocurre en el exterior. Las entrevistas son de una o dos veces por semana y tiene una duración aproximada de dos años

### **PSICOTERAPIA BREVE.**

La demanda de servicio de psicoterapia en el ámbito institucional, ha originado que se adopten técnicas psicológicas que posibiliten la atención de la mayor cantidad de personas posible en el menor tiempo, y que se tenga que intervenir en situaciones de crisis o bien con técnicas en donde los objetivos sean especificados y a tiempos limitados, bien sea en forma individual o en forma grupal, dependiendo de la base teórica en la que se apoya, ya que como se ha mencionado anteriormente en los abordajes conductuales, cognitivos o sistémicos se pone en práctica esta modalidad. Las psicoterapias breves son presentadas como modelos en expansión de técnicas diversas y hasta con una base conceptual y teóricas tan variada que hay veces que es difícil determinar su origen y en consecuencia su amplitud y validez. Knobel (1987)

Para Aguilera (1976) la psicoterapia breve tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica, pero difiere del psicoanálisis en sus objetivos y otros factores ya que se limita a quitar o mitigar síntomas específicos siempre que sea posible. Se interesa en el grado de supresión de los síntomas presentados y en la recuperación o mantenimiento de la capacidad del individuo para funcionar en forma apropiada. Así mismo su meta es ayudar a prevenir el desarrollo de síntomas neuróticos o psicóticos más profundos posteriores a las catástrofes a situaciones de urgencia. Está indicada para casos de aflicciones emocionales agudamente desgarradoras, en casos de circunstancias severamente destructivas y en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente o de otros.

Para Portuondo 1982 citado en Navarrete P: (1998) existen diferencias entre la psicoterapia breve y terapia psicoanalítica, que se dan en los siguientes aspectos:

- 1-Actitud del terapeuta: es más activo que en el psicoanálisis, interactuado más con el paciente, pudiendo interrumpir y a su vez señalar ideas o situaciones para que asocie sobre ellas, hace preguntas sobre determinados aspectos de su vida. En psicoanálisis esto es ocasional y de una manera sutil e indirecta.
- 2-Frecuencia de las sesiones: pueden ser espaciadas o aumentadas en frecuencia de acuerdo al estado emocional del paciente. El tratamiento puede ser interrumpido por varias semanas o meses para continuarlo posteriormente. Lo que no ocurre en psicoanálisis que tiene una duración de mínimo dos años, dos entrevistas a la semana.
- 3-El diván no se emplea en la psicoterapia breve, y la relación es cara a cara sentados, o caminando en la calle en casos de desastre.
- 4-Las prohibiciones y exigencias: la terapia breve si permite una mayor interferencia del terapeuta en la vida privada del sujeto, tanto dentro como fuera de las sesiones. En terapia psicoanalítica no hay prohibiciones, no hay consejos sobre lo que debe o no debe hacer.
- 5-Las interpretaciones son las mismas de contenido referente a sueños y situaciones genéticas en relación con el origen del problema y dinámica en la relación paciente-terapeuta.
- 6- El apoyo emocional se le proporciona cuando está angustiado o deprimido. Lo que sucede ocasionalmente en psicoanálisis.
- 7-La resistencia: en la terapia breve el terapeuta es más activo, exigente e incluso provocativo,
- 8-Transferencia. En psicoanálisis se aborda al máximo y ocurre la "neurosis transferencia". En cambio en la psicoterapia breve se maneja manteniéndola a un nivel superficial, con interpretaciones precoces, lo que hace que el paciente se ponga en guardia, frente a la posibilidad de una situación de mayor profundidad transferencial

9-Al manejar el terapeuta mayor actividad, orientar y exigir a veces ciertas cosas, el discutir problemas reales, hace que la transferencia no sea tan intensa, porque se mantiene al paciente con mayor contacto con la realidad.

La psicoterapia breve a su vez, ha ayudado a aplicar nuevas técnicas, como la de "Intervención en crisis " cuya meta terapéutica es la resolución psicológica de la crisis inmediata del individuo y restablecer el nivel de funcionamiento que existía antes del periodo de crisis.

Knobel (1987) propone una técnica de psicoterapia breve, que se apoya en cuatro principios:

1-No es transferencial.

2-Es no regresiva.

3-Es elaboradora de predominio cognitivo.

4-Modificación objetal que se opera al permitir experimentar el reemplazo de una información falsa por una verdadera, creando así una vivencia real, en la que pasa a ser un objeto activo de su propia historia.

La intervención típica debe atravesar por las siguientes fases.

1-Evaluar al individuo y su problemática mediante técnicas activas, para llegar a una adecuada valoración del acontecimiento precipitante y de la crisis resultante, que indujo al individuo a solicitar ayuda profesional

2-Planeamiento de la intervención, para restituir al solicitante a un nivel de equilibrio que tenia antes de la crisis.

3-La intervención

a.- Ayudar al individuo a alcanzar una comprensión intelectual de su crisis; se aborda directamente la situación con relación a la crisis y el acontecimiento en la vida del paciente.

b.- Ayudar al individuo a tomar conciencia de sus sentimientos presentes, los cuáles posiblemente desconoce, con una intervención para reducir la tensión proporcionando medios para que el individuo reconozca esos sentimientos y tome conciencia de ellos.

c.- Exploración de mecanismos de defensa

4-Resolución de la crisis y el planteamiento anticipatorio, se refuerza mecanismos de defensa adaptativos que el individuo emplea para disminuir tensión y angustia. Conforme incrementen las capacidades de defensa, se presentaran cambios positivos, se elaboran planes realistas para el futuro.

La duración del tratamiento es variable, y puede ser de dos a veinte sesiones y en caso de que lo amerite se hace una recontratación a fin de abordar conflictos específicos o conflictos diferentes que el usuario tenga interés en solucionar.

## CAPÍTULO III

## **LA ENSEÑANZA DE LA PSICOTERAPIA**

Para realizar psicoterapia, es necesario contar previamente con una serie de bases teóricas que la fundamenten, es por ello importante que quien la realiza, tenga un claro conocimiento de las diferentes aproximaciones teóricas, que se han venido consolidando y aportando conocimientos sobre el comportamiento del ser humano y que implícitamente establecen una forma de entenderlo y conceptualizarlo, esta base teórica sirve de guía, de orientación para desarrollar la abstracción sobre la forma en que concibe al ser humano, y permite a su vez establecer una forma de abordar el proceso salud enfermedad mental, estos dos aspectos son enseñados fundamentalmente con la teoría, y de esta se pasa a la técnica, que se puede llevar a cabo por medio de entrevistas y/o la aplicación de tests psicológicos, lo que permite que se tenga un conocimiento más específico acerca de las particularidades de ese ser humano, que acude en búsqueda de ayuda para la solución de los problemas que en ese momento lo aquejan, con lo que se realiza el diagnóstico, con ello pone en juego los conocimientos teóricos y los conocimientos técnicos que va aplicando para realizar el psicodiagnóstico, en donde aplica el método clínico.

### **MÉTODO CLÍNICO.**

Los pasos del método clínico son: observación, abstracción, integración y diagnóstico, en donde la observación esta influida por el marco teórico que ha aprendido el psicólogo y que es lo que lo diferencia del médico, del sociólogo, etc., y que partiendo de ese marco teórico que va a influir en esa forma de observación inicie el proceso de conocimiento de la persona que acude en búsqueda de solución de los problemas que le aquejan, sobre la base de lo que "ES", lo que se "AGREGA" y lo que "COMUNICA", ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite se parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, lo inconsciente. Al observar lo que el sujeto es, se busca conocer por medio de su estructura morfológica y del sistema nervioso si presenta alguna alteración en su comportamiento, que le permita entender la importancia de conocer e investigar por medio de la observación sistemática el proceso de maduración y desarrollo del sistema nervioso como elemento básico para que se manifieste el ser humano y que las alteraciones de ese sistema nervioso origina

problemas que solo el especialista los puede tratar, sin embargo el psicólogo debe saber diferenciar este tipo de problemas con la finalidad de abocarse a lo que es su campo de acción. Así mismo la alteración de la estructura biológica, trae como consecuencia una serie de conductas que originan problemas de sobrevivencia y que es importante diferenciarlas para establecer que aspectos de la conducta de ese organismo se pueden intervenir desde la psicología y cual no. Para ello es importante tener un claro conocimiento de las bases biológicas del comportamiento humano y partiendo de la observación desde esta aproximación, realizar la abstracción, que es la captación de los elementos esenciales o los síntomas que se manifiestan en el usuario y que al integrarlos proporciona el diagnóstico diferencial. Además permite realizar una descripción física particularizada del sujeto que le proporciona un conocimiento detallado y minucioso que permite identificarlo y diferenciarlo de los demás sujetos. Este tipo de observación se inicia en forma cefalocaudal, o sea de la cabeza a las extremidades inferiores y del centro del rostro hacia los lados, a fin de conocer la simetría y el desarrollo del sujeto observado. Como segundo paso al observar lo que el sujeto se agrega, conocemos la influencia del medio sobre él mismo, ya que se puede inferir si ha padecido enfermedades orgánicas severas que se manifiestan en su estructura morfológica, el tipo de alimentación que ha tenido, si se viste de acuerdo a su edad y las normas del grupo social a que pertenece, las bases para observar estas manifestaciones la proporciona la aproximación teórica conductual y social. La observación sistemática es importante, ya que permite que se inicie el conocimiento de las particularidades de ese ser humano con el que se trabaja y permite identificarlo y diferenciarlo de los demás seres humanos, y al conocer esas particularidades se puede empezar el proceso mediante el cual se inicia la puesta en práctica del llamado ojo clínico que permite que el psicólogo inicie su entrenamiento para su práctica profesional. Las bases para conocer lo que el sujeto comunica, las proporciona el psicoanálisis y el humanismo ya que dan elementos teóricos sobre la conceptualización lo que es: inconsciente, la libido y la transferencia y como se manifiestan, con esta aproximación se le explica al estudiante la importancia de la escucha y la influencia de lo intrapsíquico y la estimulación cultural y social del grupo en que se desarrolló el usuario, lo que permitirá que se proponga el tipo de técnica que desarrollara en la actividad aplicativa de la psicoterapia.



## CONCEPCIÓN DEL SER HUMANO DESDE LAS DIFERENTES PERSPECTIVAS TEÓRICAS.

El psicoanálisis concibe al ser humano determinado por los primeros años de vida, el conductismo lo concibe determinado por el aprendizaje del contexto en que se desenvuelve, el humanismo, como un sujeto capaz de desarrollo y de darle un sentido a su existencia, el sistémico lo concibe sistema abierto autoregulator. Influido por sus miembros y en forma reciproca.

En donde se puede observar como el psicoanálisis y el conductismo en forma inicial adoptan posturas deterministas (teoría según la cual todos los fenómenos son considerados como consecuencias necesarias de condiciones antecedentes (Warren 1974)) o bien, principio actuante de acuerdo al cual todos los fenómenos son considerados como consecuencias necesarias de condiciones precedentes. Considera al ser humano un juguete de sus instintos(Székely 1975) En donde es notoria la influencia del ambiente científico que imperaba a principios del siglo XX y que para ser aceptados necesitaban fundamentar y establecer una base científica de aceptación en las ciencias duras. Posteriormente con él aborde humanista y sistémico se manifiesta que el comportamiento del ser humano, además de la regularidad con la que se presenta la conducta, puede darle un sentido y una dirección en el aquí y ahora, ya que cuenta con los recursos, capacidades y potencialidades que posibilitan que pueda hacerse responsable de su vida, y que permite intercambiar libremente y dejar fluir la energía psíquica que se manifiesta de dentro hacia afuera y que le permite influir en su medio ambiente, así como ser influido por él, en un proceso dinámico que posibilita el cambio y desarrollo del sujeto como de su medio ambiente. Estos planteamientos son importantes como punto de partida, ya que en un principio van a guiar y dirigir el trabajo técnico que realizará el psicoterapeuta, y le establecerá puntos los cuales buscará confirmar o rectificar en su proceso de investigación.

El concepto de ser humano, o bien las teorías de personalidad que de ellas se generan, trae como consecuencia una serie de elementos teóricos básicos, los cuales le dan sustento en su proceso de conocimiento y orientan el camino por el cual transitará señalando el ritmo y la modulación con que conducirá esa tarea que tiene como finalidad el esclarecimiento del ser humano.

## **PROCESO SALUD ENFERMEDAD MENTAL.**

Sobre la base de lo anterior, se da la conceptualización del proceso salud enfermedad mental, desde el punto de vista del psicoanálisis la enfermedad es cuestión de grado, ya que el conflicto intrapsíquico que experimenta la persona originado en los primeros años de vida, impide que se dé un proceso de desarrollo que permita que puede llegar a la etapa genital, y que la persona viva en la etapa pregenital, que origina la fijación o la regresión que el sujeto experimenta y que se manifiesta por la resolución inadecuada del complejo de Edipo y origina conductas neuróticas, psicóticas, o los trastornos de carácter

.En el abordaje conductual, la enfermedad mental no existe, ya que se presentan conductas las cuales son apropiadas o inapropiadas y son consecuencias del aprendizaje que el sujeto ha obtenido en su relación con el medio en que se desenvuelve.

En la aproximación humanista, la enfermedad mental surge porque el ser humano no ha sido capaz de poner en juego sus capacidades esencialmente humanas e impide que se manifiesten en su existencia las mismas, lo que origina que viva sobre la base de los demás y que dependa de los estímulos externos a él, olvidándose de sí mismo, por lo que vive en forma enajenada, aburrida, disociada, sin sentido de su existencia, por lo que trae que el sujeto sienta que la vida lo vive y no que él vive a la vida, sin poner en juego sus propias capacidades, que le permitan sentirse y experimentarse, comunicar y comunicarse y poner en juego la razón para explicarse y ubicarse en el mundo y el momento que esta viviendo.

En el abordaje sistémico la problemática que experimenta la familia, se expresa a través de uno de sus integrantes, (paciente identificado) como metáfora de la problemática familiar.

Lo anterior es a grosso modo, la fundamentación teórica y que sirve de plataforma para la enseñanza de la psicología, y da las bases para que se pueda llevar a cabo el psicodiagnóstico, que contiene elementos técnicos los cuales permitirán ratificar o rectificar el conocimiento que se va logrando del ser humano. Este psicodiagnóstico se puede realizar por medio de la entrevista y la aplicación de las pruebas o tests psicológicos, y dependiendo de la aproximación teórica en que se base y la forma en que los integre, serán los objetivos a desarrollar en la entrevista, la cual tendrá los que le marca el concepto de ser humano y el proceso salud-enfermedad mental ya que sobre la base del diagnóstico obtenido será factible establecer las metas del tratamiento y los métodos y técnicas terapéuticas aplicables, que posibiliten que

la persona acceda a la salud mental, según la concepción teórica en que se apoye el psicólogo. Sobre la base del diagnóstico y la evaluación de la personalidad y tomando en consideración el encuadre, que se puede definir como el conjunto de normas y procedimientos, que guiados bajo una orientación teórica, busca el conocimiento y lo pone al servicio del usuario y al encuadre institucional (conjunto de normas y procedimientos que guiados por una orientación y normatividad institucional, buscan solucionar problemas que aquejan a sus usuarios) se establece qué tipo de técnicas son las más apropiadas para manejar los problemas de los usuarios. ¿Ahora bien, como busca la licenciatura de psicología de la UNAM y el área de clínica este objetivo?

## **PLAN DE ESTUDIOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM.**

Está constituido por un tronco común que se imparte en los primeros seis semestres y que lo integran cuatro bloques de materias: Teoría general, con doce materias, que son las siguientes: Introducción a la psicología científica valor seis créditos, Lógica simbólica y semántica seis créditos, Teorías y sistemas en psicología seis créditos, que se imparten en el primer semestre, (c, equivale a créditos) filosofía de las ciencias seis c., en segundo semestre, psicopatología ocho c., teorías de la personalidad seis c. de tercer semestre, psicología clínica seis c, psicología experimental seis c. de quinto semestre, evaluación de la personalidad ocho c., psicología del trabajo seis c., psicología educacional seis c. y psicología social seis c. de sexto semestre de las cuales solo dos materias tienen práctica, las de ocho créditos, y que se supone proporcionan elementos técnicos, para el abordaje clínico de la enfermedad mental por un lado, así como también para la aplicación de conocimientos teóricos en Seres humanos. El segundo bloque es el de Bases biológicas de la conducta con cuatro materias, (Bases biológicas de la conducta ocho c., primer semestre; Anatomía y fisiología del sistema nervioso seis, c. segundo semestre; Neurofisiología ocho, c. tercer semestre y Psicología fisiológica ocho, c. cuarto semestre) tres materias tienen práctica, sin embargo carecen de relación con la práctica clínica. El tercer bloque es el de Procesos psicológicos con seis materias (Motivación y emoción ocho c.; Sensopercepción ocho c. segundo semestre; Aprendizaje y memoria ocho c. tercer semestre; Pensamiento y lenguaje ocho c; Desarrollo psicológico I ocho c. cuarto semestre; Desarrollo psicológico II ocho c. quinto semestre) en este bloque todas las materias tienen práctica, sin embargo en ellas prevalece una orientación teórica (cognitivo conductual) por lo que los aportes al área de acentuación es muy limitado. El bloque de Metodología lo integran ocho materias (Introducción a la psicología científica ocho c; Matemáticas I ocho c, primer semestre; Matemáticas II

ocho c. segundo semestre; Estadística descriptiva ocho c. tercer semestre; Estadística inferencial ocho c. Teoría de la medida seis c. cuarto semestre; Psicometría ocho c. quinto semestre; Análisis experimental de la conducta ocho c. sexto semestre), este bloque proporciona al estudiante conocimientos en el manejo de la metodología y los recursos técnicos para elaborar diseños de investigación, sin embargo no lo puede realizar por carecer de conocimientos específicos del área para aplicarlos.

## **LAS MATERIAS Y LOS OBJETIVOS DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

Cubiertos los créditos del tronco común, el estudiante elige área de acentuación, en este caso la de clínica que cursa en los últimos tres semestres, inscribiéndose en un mínimo de nueve materias a elegir, que se encuentran agrupadas en los bloques de: bases teóricas, una materia, Teorías de la personalidad II seis créditos, clave 818-06 que plantea como objetivo general que el “alumno definirá y explicará el comportamiento humano con base a las diferentes aproximaciones teóricas y sus fundamentos y como segundo objetivo el alumno analizará y organizará los diversos enfoques de los autores revisados y comparará los niveles de desarrollo normal y alteraciones de la personalidad” Fac. de Psicología (1998/1), las aproximaciones teóricas que enseña se basan en Tema I Anna Freud, Tema II Melanie Klein, Tema III, Teorías de relaciones de objeto: Escuela Inglesa, Fairbairn, Balint, y Winnicott, Escuela Americana: Mahler, Spitz, Kenberg, Kohut. Tema IV.-El enfoque humanista existencial: Rogers, Maslow, Rollo May y Víctor Frankl.

Bloque de psicopatología y alteraciones, cuatro materias: Psicopatología de la época del crecimiento y desarrollo del hombre de 0 a 18 años, clave 648-08 ocho créditos, que tiene como objetivos generales “ 1-El alumno identificará y conceptualizará los procesos psicológicos de las diferentes etapas de la vida del hombre. 2-Explicar y analizar los factores que influyen en la presentación de patología (hereditario, genético, biológico, psicológico y ambientales) 3.-Al finalizar el curso, el alumno deberá estar capacitado para entrevistar a un paciente, realizar un diagnóstico, pronóstico, y sugerir la técnica psicoterapéutica que permita resolver los conflictos que presentan o bien canalizarlo con el especialista idóneo” Fac. de Psicología (1999/2). Desórdenes orgánicos de la conducta sociopática y personalidad psicopática seis créditos, clave 137-06. Tiene como objetivos generales: Contribuir a la formación de psicólogos a través del adiestramiento teórico-práctico en el diagnóstico y tratamiento de lesiones cerebrales, alcoholismo, farmacodependencia, sociopatías y psicopatías. Proporcionar al alumno elementos de salud pública que

le permitan intervenir adecuadamente en cualquier etapa de la historia natural de la enfermedad. Ubicar la psicología comunitaria como una nueva alternativa en la solución de problemas de salud mental” Fac. de psicología ( 1999/2). Teoría general y especial de las neurosis seis créditos clave 818-06. El objetivo general es “El alumno explicará y describirá los diferentes cuadros nosológicos sobre la neurosis, etiología y semiología, analizará y diferenciará los cuadros neuróticos de los cuadros psicóticos, explicando el papel que juega en ellos la angustia y la fantasía, explicará y diferenciará los mecanismos de defensa de los diferentes cuadros clínicos emitirá un diagnóstico y planteará el tipo de tratamiento adecuado. Teoría general y especial de las psicosis seis créditos, clave 816-06 cuyo objetivo general es “El alumno explicará las teorías más relevantes acerca del origen y manejo de las psicosis funcionales” Fac. de psicología (1998/1).

Bloque de psicodiagnóstico tres materias: Diagnóstico psicométrico en clínica, ocho créditos, clave 140-08, el objetivo general es “ El alumno aplicará, calificará e interpretará los instrumentos psicométricos estructurados de que dispone para el trabajo clínico, integrando los resultados obtenidos con ellos, con los aspectos teóricos que fundamentan las teorías de la personalidad de tal manera que al terminar el curso el alumno tenga los elementos para determinar una batería psicológica, hacer diagnóstico diferencial obtener el diagnóstico y poder hacer recomendaciones terapéuticas, pedagógicas o laborales. Se enseñan las pruebas neuropsicológicas de Rey-Osterrieth, de L. Bender y de A. Benton. Pruebas de inteligencia: Stanford-Binet, W.p.p.si.. Inventarios de la personalidad: MMPI, Idare, Zung y Kuder. Pruebas de la personalidad ocho créditos, clave 634-08, los objetivos generales que plantea son “ El alumno aplicará, calificará e interpretará pruebas de personalidad de tipo proyectivo, para establecer con base a las pruebas y datos de la entrevista, un diagnóstico y sugerencias de manejo terapéutico” 1998/2. En esta materia se enseñan pruebas grafoproyectivas como: Machover, H-T.P., KFD, y Habitad. Pruebas semiestructuradas Fis. Pruebas aperceptivas: T.A.T. y C.A.T.. Integración de estudios psicológicos ocho créditos, clave 363-08. Los objetivos generales son: “El alumno realizará entrevistas, redactará historias clínicas, formulará la batería de pruebas según los requerimientos de cada caso, aplicará, calificará e interpretará el reporte de cada una de ellas. Deberá realizar la integración de los datos de las pruebas con los datos de la entrevista en la historia clínica formulando el diagnóstico, pronóstico y sugerencias sobre el manejo de orientación o tratamiento. Otro de los objetivos es la revisión del psicodiagnóstico del Rorschach” Fac. de Psicología (1998/1).

Bloque de intervención y ayuda, siete materias. Teoría y técnica de la entrevista ocho créditos, clave 822-08, el objetivo general " El alumno elegirá la entrevista a realizar, de acuerdo con los requerimientos que la situación plantea, identificando las distintas fases del proceso de entrevista, sus actitudes, niveles, obstáculos, registrando los datos obtenidos y formulando el reporte correspondiente. Introducción a la psicoterapia seis créditos, clave 365-06, el objetivo general es "El alumno conocerá el origen de la psicoterapia y sus fundamentos teóricos. Deberá describir, analizar y comparar los diferentes tipos de psicoterapia a partir de la teoría. Fac. de psicología (1998/1) se basa en la clasificación que realiza Wolberg, en terapia de apoyo, psicoterapia reeducativa y psicoterapia reconstructiva. Psicología clínica y psicoterapia I seis, créditos, clave 657-06, el objetivo general es "El, alumno describirá y analizará los aspectos y conceptos básicos de la psicoterapia psicodinámica y comprenderá la importancia y la responsabilidad de su participación en este tipo de actividad clínica." Se plantean los conceptos básicos de la teoría psicoanalítica ortodoxa. Psicología clínica y psicoterapia II seis créditos, clave 658-06, El objetivo general es " El alumno deberá manejar los fundamentos teóricos de la psicoterapia psicoanalítica, conocerá y analizará los diversos enfoques que han surgido de ésta y distinguirá las diferencias teóricas y prácticas a través de la revisión de casos" Fac.de psicología (1999/1). Psicodinámica de grupos I, cuatro créditos, clave 651-04, su objetivo es " El alumno definirá y analizará los fenómenos que ocurren en el grupo clínico, lo cual le permitirá evaluar las necesidades del mismo, para de este modo planear el programa más conveniente de dinámica de grupos que se adecue a las necesidades y posibilidades de intervención. Fac.de psicología (1988/1) Psicodinámica de grupos II cuatro créditos, clave 652-04 que tiene como objetivos generales 1. -"El alumno conocerá las principales teorías vinculadas al manejo del grupo terapéutico.2.-El grupo describirá, clasificará y evaluará los diferentes tipos de grupos terapéuticos en los diferentes enfoques de intervención psicoterapéutica, según los objetivos de cada grupo.3.-El alumno estructurará un programa de orientación, guía o consejo especificando para que tipo de población sea aplicable.4.-El alumno conducirá un grupo, aplicando su programa de orientación, guía o consejo. Fac.de psicología (1999/2) Modificación de conducta ocho, créditos, clave 500-08, el objetivo general es " El alumno se familiarizará con la aplicación de técnicas de modificación de conducta a problemas de tipo clínico por lo menos en cuatro áreas de problemas. El alumno identificará las situaciones en las que es aconsejable la aplicación de una técnica de modificación de conducta, de acuerdo con el tipo de individuo y el sector de la población a la que pertenezca. El alumno evaluará los resultados de la aplicación de una técnica de modificación de conducta, por lo menos

a partir de una comparación entre la situación del individuo-paciente, antes y después de la aplicación de las técnicas, recurriendo a diferentes instrumentos de evaluación y observación objetiva” Fac.de psicología (1998/1). Rehabilitación conductual ocho créditos clave 721-08, los objetivos son: 1-Presentar al estudiante la información experimental y anecdótica de las características conductuales de instituciones de custodia de grupos, (hospitales, prisiones, asilos, etc. y ejemplificar la aplicación del análisis experimental de la conducta en la intervención y elaboración de programas para la optimización de la vida de los residentes en tales escenarios.) 2.- Habilitar a los estudiantes en la utilización de la “metodología Operante” en la implementación de programas en los siguientes niveles: a.- evaluación conductual, b.- intervención, c.- replicación., En este ultimo bloque solo la materia de Teoría y técnica de la entrevista tiene práctica y las otras dos materias que tienen práctica son de orientación conductual, se puede notar, que son pocas las materias que tienen oportunidad de aplicar la enseñanza teórica que reciben en una práctica supervisada por el profesor, lo que origina que donde adquiriera un poco más de experiencia es en el manejo de los tests psicológicos, como se ve en las materias de psicodiagnóstico y que la intervención práctica que realiza sea bajo un enfoque conductual.

## **LA APROXIMACIÓN MÉDICA, PSICOANÁLISIS, CONDUCTUAL, HUMANISTA, SISTÉMICA Y ECLÉCTICA Y SU PESO EN LA BIBLIOGRAFÍA EN LAS MATERIAS DEL ÁREA DE CLÍNICA.**

Al analizar la bibliografía de cada una de las materias, se procedió a clasificarlas sobre la base de las anteriores aproximaciones teóricas, agregando la aproximación médica psiquiátrica, que tiene un peso importante y la aproximación ecléctica cuando en el libro existen más de dos teorías, quedando la tabla siguiente:

Aprox. Teórica	Médica	Psicoanálisis	Coductual	Humanista	Sistémica	Ecléctica	Total de libros	No créditos
Conceptos básicos		816-7°-9L				816-7°-9L	18	6
Proceso enfermedad mental	137-8°-9L 648-8°-10L 818-8°-1L 819-9°-4L	648-8°-7L 818-8°-6L 819-9°-5L	137-8°-2L	818°-8-2L	819-9°-1L	137-8°-1L 648-8°-5L 819-9°-1L	53	26
Psicodiagnóstico	140-7°-3L 634-8°-1L	140-7°-3L 634-8°-11L 363-9°-8L				140-7°-5L 634-8°-2L 365-9°-1L	24	24
Intervención		365-7°-16L 647-8°-24L 658-9°-8L 822-7°-2L 651-7°-2L 652-8°-3L	500-7°-7L 721-8°-10L	365-7°-1L 657-8°2L 658-9°-3L 822-7°-2L 652-8°-8L	658-9°-1L 822-7°-1L 652-8°-3L	365-7°-3L 657-8°-1L 658-9°-3L 822-7°-3L 651-7°-2L 652-8°-5L 721-8°-2L	99	50
<b>Total</b>	28	104	18	18	6	219	194	106

Nota.- Los tres primeros números, indican la clave de la materia, el cuarto número el semestre en que se imparte, y el quinto número la cantidad de libros de la bibliografía.



Se puede observar la falta de proporción que existe entre la cantidad de libros de cada una de las diferentes aproximaciones teóricas y la carencia de relación entre los diferentes contenidos enunciados en los objetivos de las materias, predominando la bibliografía de corte psicoanalítico, existe carencia de revistas y artículos científicos, en donde se aborde las investigaciones recientes y se valore la efectividad de las diferentes aproximaciones teóricas. También es notorio la falta de relación entre los conceptos básicos de una aproximación teórica, el proceso enfermedad mental, diagnóstico e intervención que permitan que el estudiante tenga una enseñanza sistematizada y que no le origine confusión de las diferentes corrientes teóricas, como punto de partida de conocimiento. Es notoria la carencia de prácticas en el bloque de intervención, ya que solo las materias de orientación cognitivo conductual tienen prácticas.

Partiendo de la misma bibliografía, se realizó la clasificación sobre la base de la fecha de edición señalada, ya que los conocimientos impartidos deben de llevar una secuencia histórica y cronológica, incluyendo a los libros clásicos por los conocimientos y técnicas que aportan y que sirven de base para el desarrollo de la aproximación, y los libros recientes que aportan conocimientos actuales e innovadores, lo que permite que la disciplina de la psicología se actualice y los conocimientos que en ella se imparten tengan impacto en los problemas a que se enfrenta el profesionista, y que le permiten aportar solución a los problemas que aquejan a los integrantes del grupo social al que se le brinda el servicio para mejorar la salud mental que demanda.

## LAS MATERIAS Y LA BIBLIOGRAFÍA POR FECHA DE EDICIÓN EN LAS MATERIAS DE CLÍNICA.

Materias	816	837	648	818	819	140	634	363	365	657	658	822	651	652	500	721	Tot.
1885-1889	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1890-1894	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1895-1899	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
1900-1904	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
1905-1909	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
1910-1914	0	0	0	0	2	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	8
1915-1919	0	0	0	1	1	0	0	1	1	10	0	0	0	0	0	0	14
1920-1924	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
1925-1929	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
1966-1970	1	2	10	1	2	2	7	4	2	3	4	1	0	1	0	0	30
1971-1975	6	1	2	1	1	0	4	3	2	2	1	0	0	0	1	5	29
1976-1980	7	3	5	1	2	2	1	0	6	5	3	4	4	1	3	4	51
1981-1985	2	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	0	0	2	0	2	17
1986-1990	2	4	1	0	1	1	0	1	3	1	2	2	0	0	0	0	18
1991-1995	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	8
S/f	0	0	10	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	15	1	1	34
Tot	18	11	22	9	12	11	14	9	19	29	15	8	4	19	7	12	219

Como se puede observar, la bibliografía establecida en los programas de estudio por los coordinadores de materia, y que representa un punto de vista de los profesores de la misma, carece de actualización, ya que de los 219 libros que se citan de las materias solo 8 corresponden a la última década. También es notorio que de los libros clásicos(34) que están entre 1885 y 1925 y que corresponden a Freud S. solo se revisan algunos conceptos, sin establecer relación entre los diferentes contenidos de las materias.

Todo lo anterior, sin considerar que existen profesores que no respetan el contenido del programa de la materia, lo que origina que una misma materia al ser enseñada por diferentes docentes la enseñanza sea variable. Se carece de objetivos sobre la cantidad de horas extraaula y el número de cuartillas que debe estudiar para complementar lo enseñado en el aula. También se carece de métodos de evaluación que garanticen que existe por la impartición de clases un mínimo de conocimientos adquiridos por la mayoría de los estudiantes.

Todo los señalamientos anteriores, se refieren al área, ¿qué sucede antes de ingresar a ella?

Para autores como Carlos (1989) “se puede observar el desfase que existe entre los bloques que integran el tronco común, en donde su carácter de básico implica el que se provean los fundamentos y antecedentes a cualquier área y presupone la capacidad intrínseca de transferir positivamente sus contenidos aprendidos a cualquier campo especializado dentro de la psicología. Y el área de especialización a elegir”. Carlos, Castañeda, Díaz Barriga, Figueroa y Muria (1989)

Para Giron, Urbina y Jurado (1989). La vinculación del tronco básico con las áreas de semi-especialización es limitada, concentrándose los mayores contactos a partir del quinto semestre y acentuándose en el sexto, debido a que estos se cursan materias introductorias a las diferentes áreas. Sin embargo las relaciones más pronunciadas se localizan dentro de las áreas mismas, estableciéndose una secuencia dentro de los últimos tres semestres. En general la formación académica que recibieron los psicólogos investigados la consideran buena o regular, constituyendo las asignaturas o módulos orientados a la aplicación y el desempeño del servicio social los aspectos curriculares de mayor contribución. Es de llamar la atención que otros aspectos cotidianos de la formación profesional como las asignaturas de contenido teórico, metodológico y las prácticas de laboratorio, no aportan significativamente a la formación profesional.

Para Acuña E., C. y Castañeda Y., M. (1996) en el análisis del plan de estudios de la carrera de licenciado en psicología encontraron que las relaciones resultantes del mapa curricular entre las materias del tronco común son muy pobres y lejanas y que existen solamente cinco materias del tronco común, que son antecedentes para cinco materias del área de clínica, pero la lejanía hace que se pierda la relación. De las materias que se imparten en el área, solamente cuatro materias se relacionan. Sobre la base del perfil de egreso señalado en los objetivos de aprendizaje de los programas, se encontró lo siguiente: Tronco básico.- es notable que el mayor porcentaje de elementos presenta conductas de conocimiento, identificación, y comprensión; limitándose las conductas más complejas de aplicación y evaluación a temas de psicología clínica y educativa, así como a estadística. En Psicología clínica, las conductas de aplicación se encuentran limitadas a la psicometría, al diagnóstico e interpretación de datos provenientes de pruebas y entrevistas.

En el plan de estudios y en el perfil de egreso implícito no existen fundamentos de orden filosófico y social que ubiquen al profesional en el contexto de las necesidades sociales actuales y las de un futuro próximo.

Por lo expuesto anteriormente, podemos resumir, que existe poca relación entre las materias que se imparten en el tronco común, y que sucede lo mismo entre este y el área de acentuación o especialización, por lo que el estudiante que llega al área parece que está iniciando sus estudios, ya que los conocimientos adquiridos anteriormente carecen de relación o que sean antecedentes o bien que sean generalidades que permitan llegar al estudio particular de determinado tipo de padecimientos y la forma de buscar solucionarlos. Se observa que falta una vinculación entre la teoría y la técnica, y que se refleja en la falta de aplicación de los conocimientos teóricos a la solución de los problemas por medio de la psicoterapia, que tiene que enfrentar en su actividad profesional el psicólogo.

## CAPÍTULO IV

## ESTUDIOS PREVIOS RELACIONADOS CON EL TEMA.

Con relación al campo de trabajo del psicólogo clínico, en México, se han realizado algunas investigaciones, las cuales se describirán con la finalidad de tener los conocimientos previos que han surgido y conocer qué aportaciones han realizado y que es lo que falta por investigar.

Ruiz Vázquez (1984) investigó a que se dedica el psicólogo clínico en el sector donde labora, para lo cuál elaboró un cuestionario de 39 reactivos, en donde explora: I datos personales, II.-Escolaridad, III.- Experiencia laboral, IV.- conocimientos y habilidades profesionales y donde adquirió el conocimiento. Fue aplicado a 100 psicólogos egresados del área de clínica, al azar accidental de cuota, de ellos el 34% se dedica al psicodiagnóstico y el 19% a la psicoterapia en instituciones del gobierno. Resultados: Los conocimientos y habilidades que utiliza son los siguientes: teoría y técnica de la entrevista 66, psicoterapia individual o de grupo 51, bioretroalimentación 1, modificación de conducta 12, los conocimientos y habilidades que utilizan en su trabajo lo adquirieron en: licenciatura 40%, trabajos anteriores 15%, cursos o seminarios extrafacultad 10%, trabajo actual 9%, posgrado 7%, autodidacta 6%. En cuanto a la medida en que sus estudios contribuyeron 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.

Díaz N.(1986) Al explorar las opiniones de los psicólogos clínicos con respecto a su preparación y las actividades que realizan en su desempeño profesional, encontró que de los 41 egresados del área de psicología clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, a los que se le aplicó un cuestionario de 45 reactivos, el 35% continuaba estudiando cuestiones relacionadas con la psicología clínica, el 7% estudiaba posgrado en clínica, las causas por las que seguían estudiando, un 35% contestó que lo hacían por sentirse insatisfechos con los conocimientos adquiridos en la Licenciatura. De 36 psicólogos que contestaron la pregunta de en qué trabajaban, el 41.7% lo hacían en el área de psicología clínica y dentro de las actividades realizadas en el trabajo el 30.6% realizaba psicodiagnóstico y el 11% psicoterapia. 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 ingreso (más de un trabajo). En las dificultades que reportaron para obtener empleo, el 32.3% considera que la falta de conocimientos era uno de los principales

obstáculos para obtener trabajo como psicólogo clínico. El 90% de la muestra opino sentirse deficientemente preparado al egresar y el 9.7% estaba satisfecho con su preparación. Entre las razones para considerar deficiente su preparación, el 33% consideraba que era por la falta de práctica o que había sido insuficiente, el 24% lo atribuían a la deficiente preparación teórica, el 24% a ambas cosas, el 41% debido a la pobre preparación de los profesores y un 17% da deficiencias en el plan de estudios.

Amigo C., Elizalde S., y Panchuk A., (1987), buscaron conocer la situación del psicólogo clínico que labora en el sector salud, para conocer su rol y status profesional, conocer los requerimientos a que se enfrenta. Para lograr tal fin elaboraron un cuestionario con preguntas abiertas, de opción múltiple, de escala Lickert y reactivos a jerarquizar. Se aplicó a 200 psicólogos, que trabajaran en la Ciudad de México, realizando actividades propias de la psicología clínica en 53 instituciones del sector salud. Resultados: El 70.5% provenía de la Facultad de Psicología de la UNAM, el 13.5% de la Universidad Iberoamericana, el 5.5% de la Universidad Anahuac, el 4% de la U.A.M Xochimilco, el 3%. 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 la Américas y el .5% de la U.A.M. Iztapalapa.

El 61% son titulados y el 39% pasantes. Con relación al entrenamiento recibido en la licenciatura fue: suficiente el 89%, insuficiente el 9%. En cuanto a la práctica de la psicoterapia y la capacitación recibida para realizarla " Se analizó en los sujetos que la practican 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 de uno al cinco. Con ésta 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". El total de sujetos que practicaban la psicoterapia en su empleo fue 140, no contestaron cinco y en total quedaron 135. La capacitación máxima ideal 100%, fue de 675. La capacitación recibida fue de 333, lo que dio una calidad estimada en psicoterapia de 49.3%. La información recibida sobre diferentes técnicas de psicoterapia durante la licenciatura, fue 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% ninguna. La técnica de psicoterapia sobre la que más recibieron información fue la psicoanalítica. Para estas autoras " los psicólogos con estudios de Licenciatura y que laboran en el sector salud están impartiendo diferentes

formas de psicoterapia que varían desde psicoterapias 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. Además de 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 que postula que dicho profesionista no debe practicar psicoterapia si no tiene la preparación para ello. Estos datos deberían ser tomados en cuenta seriamente por parte de las universidades ya que el sector salud parece estar requiriendo estos servicios. “Con respecto a la psicoterapia, se observó claramente por parte de los psicólogos de recibir una mayor capacitación en esta área, que la que recibieron. 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”. A partir de los conocimientos obtenidos en el trabajo 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 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 los aspectos de intervención, entrevista y casos clínicos.”

Girón H.B., Urbina S.J., y Jurado G.T., (1989) investigaron “ el ejercicio profesional del psicólogo”, para lo cual obtuvieron una muestra de 719 sujetos egresados de diversas instituciones educativas y reportó únicamente los resultados de 100 encuestados. Para tal fin elaboró un instrumento que consta de 67 reactivos, que explora: datos generales, formación profesional, experiencia laboral, mercado de trabajo de los psicólogos, actividades profesionales que realiza como psicólogo, sus funciones profesionales y vinculación entre formación y ejercicio profesional. Resultados: cursaron la licenciatura en la Facultad de Psicología de la UNAM el 46%, en la ENEP Iztacala el 15%, en la ENEP Zaragoza el 8% en la UAM el 6%, en Universidades privadas el 18%, en Universidades estatales el 3% y en el extranjero el 1%. Su área de egreso es: clínica 29%, del trabajo 14%, educativa 12%, social 10%, experimental y psicofisiología el 2%, y del área general el 30%.

El 96% a cubierto los créditos de la licenciatura y la mitad se encuentra titulado, un 16% está o ha cursado estudios de posgrado.



La antigüedad en su trabajo actual. fue del 14%, menos de un año, de uno a tres años el 26%. de tres a cinco años el 22%, de cinco a 10 años el 26%, de 10 a 15 años el 4% y más de 15 años el 5%. El promedio de años, ejerciendo la psicología como profesión fue de seis años, y el número de años, en los que se ha desempeñado profesionalmente va de uno a cuatro.

Con relación al tema, motivo de esta investigación, encontraron que las terapias individuales son las realizadas con mayor frecuencia 19%, le siguen las familiares 9%, las de pareja 8%, y las de grupo 6%. En cuanto a la orientación de las terapias, las de mayor frecuencia son las siguientes:

	No	Sí
Con orientación psicoanalítica	86%	14%
Con orientación neopsicoanalítica	81%	19%
Con orientación humanista	82%	18%
Con orientación sistémica	84%	16%
Con orientación conductual.	77%	23%
Con orientación cognoscitiva.	81%	19%
Con orientación guesáltica.	87%	13%
Racional emotiva.	82%	18%
Bioenergética.	97%	3%
Por realimentación biológica.		100%
Con orientación ecléctica.	87%	13%

Y son aplicadas a los problemas de comportamiento social (personalidad) 16%, problemas de crisis 10%, de aprendizaje 9%, de educación especial 7% y sexual 6%

Según lo expresado por los encuestados, la formación académica que recibieron fue buena o regular, constituyendo las asignaturas o módulos orientados a la aplicación y el desempeño del servicio social los aspectos curriculares de mayor contribución. Es de llamar la atención que otros aspectos cotidianos de la formación profesional como las asignaturas de contenido teórico, metodológico y las prácticas de laboratorio, no aportan significativamente a la formación profesional.

Serra P.C., (1989) en un estudio para conocer el campo de trabajo del psicólogo clínico, aplicó a 644 profesionales que laboran en 12 estados de la República Mexicana, en el sector salud, educativo, de impartición de justicia, y en instituciones privadas y consultorios particulares, un instrumento de 93 reactivos. Los resultados obtenidos en cuanto a la Facultad de procedencia señalan: el 47.5% es egresado de la Facultad de Psicología de la UNAM, el 6.2% de las ENEPs de la UNAM., el 10.2% de Universidades privadas del D.F. EL 4.3% de la UAM., y el 31.8% de Universidades de provincia. Edad, el 75.4% está en rango de edad de 19 a 34 años, el 56.1% está titulado, el 76.8% ingresó a trabajar entre 1976 y 1984, el 47.9% trabaja con sujetos de una etapa de desarrollo específica, prevaleciendo el trabajo con los adultos, después los adolescentes y por último el trabajo con niños. En su mayoría atiende a personas en consulta externa y muy poco con pacientes hospitalizados, que pertenecen a la clase media, baja y alta. El 69.6% tiene de uno a siete años de ejercer la profesión. La principal actividad a la que se dedica es el psicodiagnóstico y la psicoterapia (80%) entre las dos, empleando 10 instrumentos (tests) para realizar el primero. Al realizar la intervención, reporta 20 aproximaciones y las más empleadas son: terapia de apoyo (52%), terapia psicoanalíticamente orientada (32%), terapia de grupo (34%), terapia de juego (32%) y terapia familiar (19%), terapia matrimonial (17%), terapia conductual (14%). Además de otras 23 aproximaciones que se aplican en forma aislada.

Con relación al grado académico y la actividad desempeñada en el ámbito profesional se encontró:

Grado	Principal actividad				
	1	2	3	4	5
<b>Pasante</b>	38.9%	22.8%	7.7%	20.8%	2.3%
<b>Licenciado</b>	23.3%	33.6%	6.5%	22.3%	3.3%
<b>Maestro</b>	9.1%	43.2%	4.45%	18.2%	13.6%
<b>Doctor</b>	20.0%	40.0%	10.0%	20.0%	10.0%

1= psicodiagnóstico 2.=Psicoterapia 3.=Investigación 4=1+2 5=2+3

De los datos anteriores se puede observar que quienes realizan la psicoterapia, son principalmente los pasantes y los licenciados y que existe diversidad de aproximaciones teóricas, que es ejercida por jóvenes en su mayoría, que no tienen mucho tiempo y experiencia trabajando en esta actividad. Es necesario brindar más atención a la preparación para el ejercicio de esta actividad, debido a que se requiere que quien la ejerce tenga una preparación sólida en lo académico, que haya estado o este en psicoterapia y que reciba supervisión.

Martínez F. (1990) en el estudio comparativo de los estudios realizados sobre el perfil del psicólogo y su mercado de trabajo encontró que en dos estudios del área de clínica se evaluó la formación académica como útil, sin embargo los porcentajes obtenidos son muy diferentes, ya que en uno de ellos ésta opinión es compartida por un 89% de los encuestados, y en el otro solo el 40% lo considera así. En cuanto a la valoración académica, existieron ocho estudios (seis globales, uno industrial y uno clínico), que arroja un número total de 1198 psicólogos encuestados y la forma en que valoraron su formación académica fue: 1.-regular (con porcentajes del 32 al 75.61%), 2.- buena (del 23 al 49%), 3.-muy buena ( 3.2 al 31%), y 4.-mala (de 0.4 al 32%).

Rodríguez L. y Vázquez G. (1992) en la revisión que realizan de las tesis elaboradas sobre psicoterapia y psicoanálisis en la Facultad de Psicología en el periodo de 1967 a 1988 encontraron que las tesis fueron: bibliográficas (32.6%), estudio descriptivo (28%), de caso (18.3%), y los estudios comparativos y correlacionales (ambos con 10.2%). En cuanto a la orientación teórica en que se apoyaban fue : de juego psicoanalítica (2%), conductual (18.4%), psicoanalíticamente orientada (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 especificada (12.3%). También hubo una categoría de "psicoanálisis" diferenciado de psicoterapia, clasificándose así: psicoanálisis 69.3% y mixta (30.7%). En los resultados encuentran que "los alumnos recién egresados carecen de medios para aplicar una terapia, salvo en contadas ocasiones"(pag.58). Los tipos más comunes que se presentaron al realizar la investigación fueron: psicoterapia con 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)

Vázquez M.G.F (1996) en el Psicólogo clínico: Su formación y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional. Un estudio exploratorio. Aplicó un cuestionario de 46 reactivos a 77 psicólogos clínicos, que laboran en el ámbito de la psicología clínica, encontrando que los integrantes de la muestra manejan dos tipos de intervención, seguidos por el manejo exclusivo de técnicas reeducativas y en último término del manejo de técnicas de apoyo y reestructurativas . Esto se puede deber a que los psicólogos trabajan en Instituciones Públicas que requieren de tratamientos de corta duración para atender a la mayor cantidad posible de personas que solicitan sus servicios, los egresados de la Facultad de Psicología de la UNAM, y los de la UAM en su mayoría aplican rutinariamente las técnicas de apoyo, mientras que los de la ENEP Iztacala y los de la FES Zaragoza en su mayoría aplican técnicas reeductivas (conductuales en su mayoría).El grado académico alcanzado no indica que por estudiar posgrados o cursos de actualización se diferencien más respecto a los que solo tienen estudios de licenciatura ya que lo que les requiere la institución en donde trabajan el encuadre institucional los delimita claramente. Esto tiene una relación directa con el área de acentuación de la cual egresaron, independientemente de que

sean de clínica, industrial, experimental, social o general, ya que el trabajo hace que apliquen sus conocimientos teóricos a las necesidades que se presentan en la institución.

Como se puede observar, existe un conocimiento aportado por los estudios anteriores con relación a quién y de dónde proceden los psicólogos que trabajan en el sector salud, impartición de justicia, y en sector educativo, en donde prevalece el psicólogo egresado de la Facultad de Psicología de la UNAM, también es notorio que las actividades profesionales que realizan son el psicodiagnóstico y la psicoterapia, más el primero que la segunda, sin embargo la demanda existe para que se lleve a cabo el tratamiento, en donde la misma necesidad lo ha requerido para que realice el tratamiento.

También es importante señalar que la enseñanza que recibieron en la licenciatura es variable, tendiendo a considerarla regular, con la carencia de entrenamiento y formación, que la misma necesidad los ha impulsado a realizar psicoterapia, sin tener el conocimiento suficiente y que ha sido el trabajo y los cursos particulares la forma de adquirir los conocimientos. Existen diferentes formas de agrupar la psicoterapia, sin embargo no hacen una clasificación expresa, por lo que es necesario realizarla y explorar en donde les enseñaron los conocimientos para el ejercicio de la psicoterapia y que tipo de aproximación emplean con mayor frecuencia.

## CAPÍTULO V

## **METODOLOGÍA.**

### Tipo de investigación.

La presente investigación fue planeada como un estudio ex post facto, descriptivo, y correlativo, (Hernandez, R. Fernandez, C. Baptista, P. 1998) ya que se busca conocer si la licenciatura en psicología capacita a sus egresados y en particular a los del área de clínica para utilizar técnicas de psicoterapia en el ejercicio de su actividad profesional. El motivo de ser estudio ex post facto es que el fenómeno a estudiar ya ocurrió, es descriptivo debido a que no existe ningún estudio en México que nos aporte datos sobre el ejercicio de la psicoterapia, y correlativo porque se busca conocer el grado de asociación que existe entre dos variables.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La demanda de los servicios de salud mental (psicoterapia, prevención, orientación) se ha incrementado, debido a los cambios que han experimentado los integrantes de la sociedad mexicana, en donde las presiones que tiene que enfrentar, como lo es la inseguridad pública, la inseguridad y falta de empleo, la pérdida de influencia de la familia extensa, el estrés, los conflictos internos, la crisis propia de cada etapa de desarrollo, la incorporación de la mujer al campo laboral y en consecuencia la liberación de ataduras que le impedían ser autosuficiente, etc; hace que se presenten con mayor frecuencia problemas de conducta, de aprendizaje, de lenguaje, fugas del hogar, etc. en la población infantil; violencia, farmacodependencia, alcoholismo, depresión, embarazos no deseados, abuso sexual, en la población adolescente; demencias, depresión en la senectud, desordenes afectivos y divorcio en la población adulta ( De la Fuente, R., Medina Mora M. E. y Caraveo, J. 1997): que se presentan en diferentes porcentajes, y que demandan atención a su problemática, además de los padecimientos incrementados por la globalización en que nos estamos insertando que origina padecimientos del primer mundo y los ya conocidos del países subdesarrollados, como el nuestro, hace necesario que los egresados de psicología y en especial los de licenciatura que son la mayoría tengan que satisfacer esa demanda y brindar un servicio que satisfaga la necesidad de ayuda psicológica que espera recibir la población.

Con base a lo anterior se plantea si la licenciatura de psicología y en particular el área de clínica capacita a sus egresados la utilización de técnicas de psicoterapia. Así mismo si existen diferencias en la

enseñanza de la psicoterapia entre los egresados de las diferentes generaciones. También si existen diferencias entre los egresados de la facultad de psicología y los egresados de otras escuelas y facultades que imparten la licenciatura de psicología en el Valle de México.

## **HIPÓTESIS.**

Sobre la base de estos planteamientos se establecen las hipótesis siguientes:

Ho.- No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura egresados del área de clínica de Psicología y los estudiantes de licenciatura egresados de otras áreas de la Psicología, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

Hi.- Existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura egresados del área de clínica de psicología, y los estudiantes de licenciatura egresados de otras áreas de la psicología, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia

Ho.- No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura de psicología egresados de la UNAM, y los estudiantes de Licenciatura de psicología egresados de otras Universidades, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia

Hi.- Existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura de psicología egresados de la UNAM, y los estudiantes de Licenciatura de psicología egresados de otras Universidades, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

Ho.- No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de psicología egresados en los diferentes sexenios, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

Hi.- Existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de psicología egresados en los diferentes sexenios, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.



## VARIABLES.

Variables categóricas:

Independiente.- Los psicólogos egresados de la diferentes escuelas y/o facultades de psicología.

- Los psicólogos egresados de psicología clínica y los egresados de otras áreas.

Los psicólogos egresados en diferentes sexenios.

Dependiente.- La capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

Definición conceptual de variable independiente.- Psicólogo, es el profesional que ha cubierto un mínimo del 100% de los créditos de la licenciatura y que se encuentra trabajando en forma particular, institucional, privada o particular, realizando actividades de detección, evaluación o intervención

Definición conceptual de variable dependiente.- Capacitar es hacer al psicólogo apto, habilitarlo en el manejo de la psicoterapia, que es la forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional con un paciente con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad (Wolber 1977)

Definición operacional

Variable independiente.- Psicólogo egresado es todo aquel profesional que ha cubierto el 100% de los créditos de la licenciatura como mínimo y se encuentra trabajando en una institución privado, particular o institucional, realizando funciones de detección, evaluación o intervención.

Variable dependiente.- Respuestas al reactivo no. 1 del cuestionario enseñanza y ejercicio de la psicoterapia, en donde se le pregunta al psicólogo si “ los estudios de licenciatura lo capacitaron para utilizar técnicas de psicoterapia”.

## **POBLACIÓN.**

Dado que se carece de información precisa, sobre la cantidad de psicólogos clínicos que se encuentran laborando en el ámbito institucional, privado o particular y tomando como punto de referencia la población estudiada en el ámbito de varios estados de la República Mexicana hace 10 años, integrada por 644 y de los cuales el 66% se dedicaba a la psicoterapia, (Serra 1989) se considera que una muestra integrada por 250 psicólogos podría aportarnos conocimientos sobre el ejercicio de la psicoterapia.

### **Muestra**

El tipo de muestra es no probabilística, intencional, ya que se busco incluir a la mayoría de los psicólogos clínicos que se encontraran laborando en el área de la salud (Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social al servicio de los Trabajadores del Estado, Sistema Desarrollo Integral de la Familia, Centros de Integración Juvenil y Departamento del Distrito Federal), del área de la Educación, (Secretaría de Educación Pública, Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma Metropolitana), Area de la impartición de Justicia, (Secretaría de Gobernación, Procuraduría General de Justicia, Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, en esta última área no se le permitió el acceso a los investigadores para entrevistar y aplicar la encuesta a los psicólogos que ahí laboran) y los que trabajan en Instituciones privadas y en consulta particular, a donde se acudió a las diferentes instituciones que dependen de ellas como son: Clínicas, centros de salud, hospitales de zona, hospitales de especialidades, institutos, Cendis, centros educativos, fundaciones y consultorios, integrando una muestra de 250 sujetos

## **ESCENARIO.**

El escenario donde se llevó a cabo fue en la ciudad de México, Distrito Federal, en los lugares donde laboran los psicólogos.

## **INSTRUMENTO.**

Se elaboró un cuestionario de enseñanza y ejercicio de la psicoterapia (una escala perteneciente al nivel de medición nominal) que en forma inicial estaba integrado de preguntas abiertas y preguntas de opción

múltiple y fue construido sobre la base de cuestionarios utilizados en investigaciones similares (Martínez O. y Ramírez T. 1989 y Serra C. 1989), tomando como punto de partida la clasificación que realiza Wolberg (1977) de la psicoterapia y de los objetivos de la investigación. Este primer cuestionario fue piloteado con seis expertos del área de clínica (personal docente de la Facultad de psicología de la UNAM) quienes aportaron sugerencias para la redacción de las preguntas y el contenido con lo que se elaboró el cuestionario definitivo, el cual consta de:

Una hoja de instrucciones, el cuestionario propiamente dicho, integrado por I.- identificación (edad, sexo). II.- Desarrollo académico (Licenciatura : escuela o facultad de procedencia, en qué fechas fue cursada, área predominante de subespecialidad o acentuación, si es pasante o no (100% de los créditos), si esta titulado o no, año de examen profesional. Estudios de posgrado: Especialidad; nombre de la misma, institución, objetivo del curso, en qué periodo, y documentación comprobatoria. Maestría, y doctorado, si las curso o no, nombre de las mismas, institución, en qué fecha las curso, si está o no titulado y fecha de examen profesional. Cursos de actualización en psicoterapia en los últimos años: nombre del curso, institución, objetivo del curso y el número de horas, integrado por 27 reactivos abiertos.

Situación laboral : Institución y dependencia donde trabaja, fecha de ingreso, años en el empleo, función que desempeña, e ingreso mensual. Trabajo particular, sí o no, número de horas que trabaja, su ingreso mensual, año en que inicio la práctica privada la función profesional que desempeña, con quiénes desempeña el trabajo y a qué nivel socioeconómico pertenecen, integrado por 16 reactivos abiertos.

La enseñanza de la psicoterapia. Para explorar esta área se formularon los reactivos 1,2,3,4,5 que son abiertos con la finalidad que el psicólogo tenga libertad para contestar lo que considere conveniente con relación a la licenciatura, materias y bloques que le proporcionaron conocimientos y técnica, formación y corriente teórica a la que pertenece, posteriormente se convirtieron a escalas nominales sobre la base de las respuestas emitidas, para facilitar el manejo de los datos

Para el encuadre se realizaron los reactivos 8,9,10,14,15,16,17,18 en forma de opción múltiple explora objetivos, tiempo y frecuencia de las sesiones.

Ejercicio de la psicoterapia, reactivos 6,7,11,12,14,26

Los fundamentos teóricos en que se apoya para realizar el trabajo, esta explorado por los reactivos 13,19,20,21,22,23,24,25,27, e incluye conceptos de trasferencia, material onirico

La supervisión es explorada por los reactivos de opción múltiple 28,29,30 y 31.

Los reactivos de opción múltiple,32,33,34,35,36 exploran si han estado en psicoterapia, en dónde y quién se les proporcionó y de qué orientación teórica era.

## **PROCEDIMIENTO.**

Una vez que se elaboró la versión final, se seleccionaron 10 estudiantes del sexto semestre de la licenciatura en psicología y se les invitó para que participaran en la investigación, se les capacitó en el manejo del instrumento y se procedió a la asignación de las instituciones a donde deberían acudir para que cada uno de ellos realizara 30 aplicaciones, en algunos casos procedieron a la aplicación y en otras ocasiones dejó el cuestionario para ser contestado y posteriormente recogido, de estos últimos muchos no los entregaron y otros más fueron anulados porque estaban mal contestados. La aplicación y obtención de los cuestionarios se realizó en el período de junio a octubre de 1994.

Se realizó una análisis de las respuestas que proporcionaron los psicólogos a cada uno de los reactivos abiertos y se procedió a agruparlos sobre la base de las características de las respuestas más frecuentes, procediendo a integrarlas en códigos para obtener la clasificación nominal de los reactivos, de las preguntas cerradas se procedió a asignarles el código previamente establecido (anexo No 2), se numeró los cuestionarios y sobre la base de la codificación se procedió a vaciar los datos en las hojas correspondientes y realizar la captura de los datos y proceder a obtener por medio de computadora el análisis estadístico de los datos.

## **TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.**

La codificación de los cuestionarios fue realizada empleando el programa dbase III y posteriormente se empleó el SPSS,(programa estadístico para las ciencias sociales) para obtener técnicas de la estadística descriptiva (al ser el cuestionario una escala nominal, se obtuvieron resultados de frecuencias y porcentajes para cada una de las respuestas de todas y cada una de los reactivos de la encuesta) y

estadística inferencial empleándose tablas de contingencias para aplicar la estadística no paramétrica llamada chi cuadrada.

Ya que los resultados de la hipótesis "No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura de psicología egresados de la UNAM y los estudiantes de licenciatura egresados de otras Universidades, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia" se nulificaron porque arrojó un 53.6% de celdas con un valor menor a cinco, se procedió a reagrupar las escuelas o facultades a fin de superar esa limitación.

Lo mismo ocurrió con la hipótesis "No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de psicología egresados en los diferentes sexenios, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia" que se nulificó porque arrojó un 50% de celdas con un valor menor de cinco y se procedió a reagrupar los sexenios 1958-1964. Y 1964-1970, a fin de que los resultados fueran válidos.

## CAPÍTULO VI

## RESULTADOS.

Se presenta la estadística inferencial, para la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas. Se empleó cuadros de contingencias y la prueba de U.de Man-Whitney . Se tomó el nivel de significancia de .05 como regla de toma de decisión.

### ESTADÍSTICA INFERENCIAL.

#### Comprobación o rechazo de hipótesis.

**Hipótesis Nula.**-No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura egresados del área de clínica de psicología y los estudiantes de licenciatura egresados de otras áreas de psicología, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

**Hipótesis alterna.**- Existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura, egresados del área de clínica de psicología y los estudiantes de licenciatura, egresados de otras áreas de psicología, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

*Cuadro de contingencias para la combinación de las variables estudiantes de licenciatura egresados del área de clínica VS estudiantes de licenciatura egresados de otras áreas de la psicología, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.*

#### LA LICENCIATURA LO CAPACITÓ PARA UTILIZAR TECNICAS DE PSICOTERAPIA

	SI	NO		
<b>CLÍNICA</b>	87 52.7 % 65.4 %	78 47.34% 66.7%	165	66%
<b>OTRAS</b>	46 54.1% 34.6%	39 45.9% 33.3%	85	34%
	133 53.2%	117 46.8%	250	100%
Valor obtenido U de Man Whitney	Z	Nivel de significancia	Resultado	
.7683	-.208	.835	Se acepta Ho	

En donde se observa que de los 250 egresados de la licenciatura en psicología al 53.2% SÍ los capacitó para utilizar técnicas de psicoterapia y al 46.8% NO. De los 133 egresados que contestaron que sí los capacitaron el 52.7% es de clínica y el 54.1% de otra área, lo que indica que entre ellos se carece de diferencias estadísticamente significativas. Lo mismo sucede entre los egresados del área de clínica y de otras áreas en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia por lo que se acepta la hipótesis nula.

**Hipótesis nula.-** No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura de psicología, egresados de la UNAM, y los estudiantes de psicología egresados de otras Universidades en cuanto a la capacitación de utilizar técnicas de psicoterapia.

**Hipótesis alterna.-** Existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de psicología egresados de la UNAM, y los estudiantes egresados de otras Universidades en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

*Cuadro de contingencia para la combinación de variables escuela o facultad de procedencia (licenciatura) UNAM y otras Universidades VS. Sus estudios de licenciatura, la capacitaron para utilizar técnicas de psicoterapia*

**¿LA LICENCIATURA LO CAPACITÓ PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA?**

	UNAM	Iztacala	Zaragoza	Iberoamericana	U. Femenina de México y U. del Valle de México.	U. Inter continental De las Américas y Anahuac.	U. P.N U.A.M. Provincia Y Extranjero
<b>SÍ</b>	58	8	16	10	16	6	19
	48.7%	53.3%	69.6%	40%	64%	54.5%	59.4%
	43.6%	6.0%	12.0%	7.5%	12%	4.5%	14.3%
<b>NO</b>	61	7	7	15	9	5	13
	51.3%	46.7%	30.4%	60.0%	36%	45.5%	40.6%
	52.1%	6.0%	6.0%	12.8%	7.7%	4.3%	11.1%
	119	15	23	25	25	11	32
	47.6%	6.0%	9.2%	10-%	10.0%	4.4%	12.8%



Facultad de Psicología Vs.	Valor obtenido	Z	Nivel de Significancia.	Resultado
Iziacala	851.500	-.334	.738	Se acepta Ho.
Zaragoza	1083.500	-1.824	.068	Se acepta Ho.
Iberoamericana	1357.500	-.793	.428	Se acepta Ho.
Femenina y Valle de México.	1260.500	-1.383	1.671	Se acepta Ho.
Intercontinental De las Américas Y Anahuac.	616.500	-.367	.714	Se acepta Ho.
Pedagógica Nac. Metropolitana De Provincia Del Extranjero.	1701.500	-1.065	.287	Se acepta Ho.

Al realizar el análisis para conocer si existen diferencias en capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia entre los egresados de la UNAM VS. Los egresados de las otras facultades, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Hipótesis nula.-No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura de psicología egresados, en los diferentes sexenios, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia

Hipótesis alterna- Existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura de psicología egresados, en los diferentes sexenios, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia.

*Cuadro de contingencia para la licenciatura cursada (Agrupados en sexenios) VS. Sus estudios de licenciatura lo capacitaron para utilizar técnicas de psicoterapia.*

	1958-70	1970-76	1976-82	1982-88	1988-94
<b>SÍ</b>	7	9	40	41	34
	41.2%	33.3%	54.1%	50.0%	73.9%
	5.3%	6.9%	30.5%	31.3%	26.0%
<b>NO</b>	10	18	34	41	12
	58.8%	66.7%	45.9%	50.0%	26.1%
	8.7%	15.7%	29.6%	35.7%	10.4%
	17	27	74	82	46
	6.9%	11.0%	30.1%	33.3%	18.7%

Periodo	Valor obtenido U.de Whitney Man	Z	Nivel de significancia	Resultado.
1958-1970 VS. 1970-1976	211.500	-.521	.603	Se acepta Ho.
1958-1970 VS. 1976-1982	548.000	-.953	.341	Se acepta Ho.
1958-1970 VS. 1982-1988	635.500	.6659	.510	Se acepta Ho.
1958-1970 VS. 1988-1994	263.000	-2.400	.016	Se acepta Hi *
1970-1978 VS. 1976-1982	792.000	-1.835	.067	Se acepta Ho.
1970-1976 VS. 1982-1988	922.500	-1.501	.133	Se acepta Ho.
1970-1976 VS. 1988-1994	369.000	-3.379	.001	Se acepta Hi*
1976-1982 VS. 1982-1988	2911.000	-.504	.614	Se acepta Ho.
1976-1982 VS. 1988-1994	1364.00	-2.166	.030	Se acepta Hi *
1982-1988 VS. 1988-1994	1435.00	-2.625	.009	Se acepta Hi. *

Los estudiantes de psicología egresados en el periodo de 1958 a 1988, opinan que la licenciatura No los capacito para utilizar técnicas de psicoterapia, en cambio los egresados en el periodo 1988-1994, opina que la licenciatura si los capacito para utilizar técnicas de psicoterapia, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

## Identificación.

### Edad:

<i>Rango</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
20-25	17	6.8
26-31	75	30.0
32-37	78	31.2
38-43	39	15.6
44-49	26	10.4
50-55	15	6.0
	250	100.00%

### Sexo:

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Femenino	183	73.2
Masculino	67	26.8
	250	100%

## Desarrollo Académico:

### Universidad de procedencia. Estudios de Licenciatura

<i>Universidad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
UNAM C.U.	118	47.2
UNAM. Izacala	15	6.0
UNAM..Zaragoza	22	8.8
Iberoamericana	25	10.0
Fem.de México.	10	4.0
Del Valle de México	15	6.0
Intercontinental	3	1.2
De las Américas.	1	0.4
Anahuac	6	2.4
Pedagógica Nacional	6	2.4
de provincia.	9	3.6
Extranjero	1	0.4
Autónoma metrópoli tana	16	6.4
Sin datos	3	1.2
	250	100.0%

**Cursada:**

<i>Sexenio</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje.</i>
1958-1964	8	3.2
1964-1970	9	3.6
1970-1976	27	10.8
1976-1982	74	29.6
1982-1988	82	32.8
1988-1994	46	18.4
No contestó	4	1.6
	250	100.00%

**Área de acentuación o subespecialidad:**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Clínica	165	66.0
Educativa	28	11.2
Laboral	1	0.4
Social	5	2.0
General.	24	9.6
Experimental.	8	3.2
Salud mental.	7	2.8
dos áreas	10	4.0
Otra	2	0.8
	250	100%

**Situación académica:**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Titulado	194	77.6
Sin titular.	56	22.4
	250	100 %

**Realizó estudios de postgrado:**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	99	39.6
No	151	60.4
	250	100%

*Especialidad cursada:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Con especialidad	68	27.2
Sin especialidad	182	72.8
	250	100%

*Especialidad que curso:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin especialidad	182	72.8
Psicoterapia de grupo	4	1.6
Psicoanálisis	21	8.4
Psicoanálisis Humanista	5	2.0
Terapia familiar	9	3.6
Psicoterapia infantil	3	1.2
Grupo operativo	1	0.4
Psicología Institucional	18	7.2
Terapia racional-emotiva	4	1.6
Neuropsicología	3	1.2
	250	100%

*Institución donde curso la especialidad:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin especialidad	182	72.8
Universidad Nacional Autónoma de México.	21	8.4
Asociación Psicoanalítica Mexicana.	4	1.6
Instituto Mexicano de Psicoanálisis.	5	2.0
Asociación Mex. de Psicología Analítica.	3	1.2
Círculo Psicoanalítico Mexicano.	2	0.8
Asoc. Mex. de Psicoterapia Analit. de Grupo	2	0.8
Instituto de la Familia.	4	1.6
Asoc. Mex. de Estudios de Psicoterapia y Psicoanálisis del adolescente	1	0.4
Centro de Investigación y Psicoterapia	1	0.4
Instituto Mexicano de Sexología.	1	0.4
Instituto mexicano de psicoterapia Gestalt	3	1.2
Instituto de Terapia Racional-emotiva	4	1.6
Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia	3	1.2
Universidad Intercontinental.	1	0.4
Instituto de Terapia familiar Cencalli	1	0.4
Asoc. Mexicana de Salud Mental.	1	0.4
Universidad Iberoamericana	4	1.6
Taigo	1	0.4
Instituto Mexicano de Psiquiatría.	3	1.2

Fundación Mexicana.	2	0.8
	250	100%

*Estudios de Maestría:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí	44	17.6
No	206	82.4
	250	100%

*Nombre de la maestría:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin maestría.	206	82.4
Psicología clínica.	27	10.8
Psicología educativa	4	1.6
Psicoterapia	3	1.2
Psicología social	2	0.8
De la Salud	6	2.4
Otra	2	0.8
	250	100%

*Institución donde cursó la maestría:*

*Titulado en la maestría:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin maestría.	206	82.4	Sin maestría	206	82.4
UNAM.	29	11.6	Titulado	9	3.6
U.Iberoamericana.	7	2.8	Sin título	35	14.0
U.del Extranjero	2	0.8		250	100%
U.Intercontinental.	2	0.8			
Otras	4	1.6			
	250	100%			

*Estudios de doctorado:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sí.	2	0.8
No.	248	99.2
	250	100%

*Nombre del doctorado:*

*Institución donde curso el doctorado:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
En filosofía	1	0.4	UNAM	2	0.8
En ciencias sociales	1	0.4	Sin estudios	248	99.2

Sin estudios	248	99.2	250	100%
	250	100%		

*Cursos de actualización:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin cursos	107	42.8
Psicoterapia individual	59	23.6
Psicoterapia de grupo.	8	3.2
Terapia familiar	12	4.8
Psicodiagnóstico	3	1.2
Sexología	5	2.0
Dos opciones	29	11.6
Tres opciones	9	3.6
Otros	18	7.2
	250	100%

*Institución donde los cursó:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No cursó	107	42.8
UNAM.	19	7.6
Institución oficial	34	13.6
Forma particular	44	17.6
Institución privada	24	9.6
Dos opciones.	22	8.8
	250	100%

*Número de horas del curso de actualización:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin curso	107	42.8
De 6 a 10 Hrs.	4	1.6
De 11 a 15 hrs.	2	0.8
De 16 a 20 hrs.	11	4.4
De 21 a 30 hrs.	18	7.2
De 31 a 50 hrs.	36	14.4
De 51 a 100 hrs.	37	14.8
Más de 101 hrs.	35	14.0
	250	100%

### Situación laboral.

#### *Institución donde trabaja:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin trabajo institucional.	43	17.2
Clínica.	18	7.2
Hospital de zona	20	8.0
Hospital de especialidad.	83	33.2
Centro de salud	36	14.4
Guardería.	4	1.6
Centro educativo	40	16.0
Centro particular.	3	1.2
Fundación Mex.de Salud,	2	0.8
Consulta privada	1	0.4
	250	100%

#### *Dependencia:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin trabajo Institucional	43	17.2
Secretaría de Salud	83	33.2
Secretaría de Educación Pública	14	5.6
Secretaría de Gobernación	5	2.0
Departamento de Distrito Fed.	14	5.6
Instituto Mexicano del Seguro Social	21	8.4
ISSSTE	12	4.8
DIF.	11	4.4
UNAM.	20	8.0
Inst.Particulares	21	8.4
Práctica privada	3	1.2
AUM.	1	0.4
	250	100%

#### *Sexenio en que ingresó a trabajar en la institución:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No trabaja institucional	43	17.2
1964-1970	4	1.6
1970-1976	7	2.8
1976-1982	25	10.0
1982-1988	31	12.4
1988-1994	140	56.0
	250	100%



*Número de años en el empleo:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No trabaja institucional	43	17.2
Menos de un año	26	10.4
Entre 1 y 4 años	93	37.2
Entre 5 y 8 años.	41	16.4
Entre 9 y 12 años.	14	5.6
Entre 13 y 16 años.	14	5.6
Entre 17 y 20 años	15	6.0
Más de 21 años	4	1.6
	250	100%

*Actividad profesional que realiza en la institución:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No contesto	51	20.4
Diagnóstico	21	8.4
Psicoterapia Individual.	28	11.2
Psicoterapia de grupo	11	4.4
Terapia familiar	9	3.6
Investigación	9	3.6
Dos actividades	48	19.2
Tres actividades	50	20.0
Cuatro actividades	23	9.2
	250	100%

*Número de horas de trabajo en la institución:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No trabaja en institución	46	18.4
De 15 a 20 hrs.	36	14.4
De 21 a 30 hrs.	68	27.2
De 31 a 40 hrs.	100	40.0
	250	100%

*Sueldo en la institución:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
No trabaja en la institución	46	18.4
Dos salarios mínimos	29	11.6
Entre 3 y 4 salarios mínimos	110	44.0
Entre 5 y 6 salarios mínimos	40	16.0
Entre 7 y 8 salarios mínimos	16	6.4
Entre 9 y 10 " "	6	2.4
Entre 14 y 16 " "	2	0.8
Entre 17 y 19 " "	1	0.4
	250	100%

*Trabajo particular:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Si trabaja en forma particular	165	66.0
No trabaja en forma particular	85	34.0
	250	100%

*Número de horas a la semana de trabajo particular:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
De 5 a 10 horas.	87	34.8
De 11 a 15 horas.	35	14.0
De 16 a 20 horas.	27	10.8
De 21 a 30 horas.	11	4.4
De 31 a 40 horas.	6	2.4
Sin trabajo particular.	84	33.6
	250	100%

*Ingreso mensual particular:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Dos salarios mínimos	18	7.2
Entre 3 y 4 salarios mínimos	57	22.8
Entre 5 y 6 " "	41	16.4
Entre 7 y 8 " "	15	6.0
Entre 9 y 10 " "	12	4.8
Entre 11 y 13 " "	12	4.8
Entre 14 y 16 " "	7	2.8
Entre 17 y 19 " "	1	0.4
Más de 20 salarios mínimos	3	1.2
Sin práctica particular	84	33.6
	250	100%

*Años de actividad profesional en forma particular:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Menos de 1 año	8	3.2
de 1 a 4 años	63	25.2
De 5 a 8 años	42	16.8
De 9 a 12 años	25	10.0
De 13 a 16 años	17	6.8
De 17 a 20 años	12	4.8
Más de 20 años	1	0.4
Sin práctica particular.	82	32.8
	250	100%

*Función que desempeña en su actividad profesional en forma particular:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Diagnóstico	9	3.6
Psicoterapia individual	92	36.8
Psicoterapia de grupo	6	2.4
Terapia familiar	11	4.4
2 opciones	22	8.8
3 opciones	22	8.8
4 opciones	6	2.4
Sin práctica particular	82	32.8
	250	100%

*Su trabajo lo realiza con:*

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Niños	11	4.4
Adolescentes	15	6.0
Adultos	39	15.6
Ancianos	4	1.6
2 etapas de la vida.	96	38.4
3 etapas de la vida	84	33.6
No contestó	1	0.4
	250	100%

*El nivel socioeconómico de los usuarios que atiende:*

	Institucional		Particular.	
	Frecuencia	Particular	Frecuencia	Particular
Bajo	32	12.8	2	0.8
Medio	25	10.0	121	48.4
Alto	0	0.0	7	2.8
2 opciones	137	54.8	41	16.4
No trabaja	56	22.4	79	31.6
	250	100%	250	100%

### **La enseñanza de la Psicoterapia.**

1- ¿Sus estudios en licenciatura lo capacitaron para utilizar técnicas de psicoterapia?

Si	133	53.2
No	114	45.6
No contestó	3	1.2
	250	100%

2- ¿Cuáles materias lo capacitaron teóricamente para la psicoterapia?

Ninguna	7	2.8
Bases teóricas	4	1.6
Proceso salud-enfermedad	2	0.8
Psicodiagnóstico	3	1.2
Intervención	49	19.6
2 bloques	23	9.2
3 bloques	16	6.4
Otro sistema	31	12.4
No contestó.	115	46.0
	250	100%

3- ¿Cuáles materias de licenciatura lo capacitaron prácticamente para la psicoterapia?

Ninguna	28	11.2
Bases Teóricas	1	0.4
Proceso salud-enfermedad	9	3.6
Diagnóstico	2	0.8
Intervención	41	16.4
2 bloques	7	2.8
3 bloques	3	1.2
Otro sistema	28	11.2
No contestó.	131	52.4
	250	100%

5- ¿Qué considera que se debe enfatizar en la formación del psicólogo a nivel licenciatura, para

utilizar técnicas de psicoterapia?

Práctica clínica	42	16.8
Teoría y más práctica	9	3.6
Supervisión	4	1.6
Más práctica	30	12.0
No hay tiempo	8	3.2
Quitar materias experimental	4	1.6
No contestó	150	60.0
	250	100%

6a- ¿Dónde adquirió los conocimientos?

En la licenciatura	42	16.8
En el trabajo	20	8.0
En cursos particulares	35	14.0
En la especialidad	41	16.4
En la maestría	1	0.4
2 opciones	8	3.2
Lic.+trab.+cursos part	34	13.6
Trabajo + cursos part.	5	2.0
No contestó.	64	25.6
	250	100%

**Ejercicio de la Psicoterapia.**

6b- Describa las técnicas de psicoterapia que maneja.

Terapia de apoyo	18	7.2
Terapia de Insight con metas reeducativas	89	35.6
Terapia de Insight con metas reconstructivas	61	24.4
Dos aproximaciones	54	21.6
No contestó.	28	11.2
	250	100%

6c- ¿A qué corriente teórica predominante pertenecen?

Psicoanálisis	74	29.06
Conductismo	47	18.8
Humanismo	26	10.4
Sistémico	10	4.0
Ecléctico	24	9.6
Dos aproximaciones	35	14.0
No contestó	34	13.6
	250	100%

7-De las técnicas de psicoterapia que maneja ¿Cuáles son las que aplica rutinariamente? :

Terapia de apoyo	26	10.4
Terapia reeducativa	85	34.0
Terapia reconstructiva	51	20.4
Terapia ecléctica	11	4.4
Terapia de juego	3	1.2
Terapia sistémica	10	4.0
2 opciones	30	12.0
No aplica	26	10.4
No contestó	8	3.2
	250	100%

11-Al realizar la actividad psicoterapéutica, trabaja o entrevista a la mayoría de los usuarios:

<i>En la institución</i>			<i>En forma privada.</i>		
No trabaja	76	30.4	No trabaja	86	34.4
1 vez a la semana	18	47.2	1 vez a la semana	87	34.8
2 veces a la semana	40	16.0	2 veces a la semana	58	23.2
4 veces a la semana	1	0.4	4 veces a la semana	3	1.2
Otro número de sesión	15	6.0	Otro número de sesión	16	6.4
	250	100%		250	100%

12- Tipo de tratamiento que emplea predominantemente en su trabajo de intervención:

<i>Institucional</i>			<i>Privado.</i>		
No trabaja	78	31.2	No trabaja	84	33.6
Terapia de apoyo	81	32.4	Terapia de apoyo	40	16.1
Psicoterapia de IMR:	35	14.0	Psicoterapia Reed	38	15.2
Psicoterapia Rec.	18	7.2	Psicoterapia Rec.	46	18.4
2 tipos de trat.	31	12.4	2 tipos de trat.	31	12.4
3 tipos de trat.	7	2.8	3 tipos de trat.	11	4.4
	250	100%		250	100%

14-Tipo de tratamiento que emplea predominantemente en su trabajo de intervención.

	<i>Institución</i>		<i>Privado.</i>	
No trabaja	84	33.6	6	2.4
Terapia de apoyo	40	16.0	-----	-----
Breves	-----	-----	65	26.0
Insight con M.Reed.	38	15.2	-----	-----
Tiempo limitado	-----	-----	98	39.2
Insight con M.Rec.	46	18.4	-----	-----
Largas	-----	-----	51	20.4
Dos técnicas	31	12.4	-----	-----
Tres técnicas	11	4.4	-----	-----
Según el caso.	-----	-----	30	12.0
	250	100%	250	100%

## Encuadre

8- ¿En su labor de psicoterapia usted, trabaja?

Sólo	98	39.2
En equipo	30	12.0
Ambas formas	117	46.8
No contestó	5	2.0
	250	100%

9. - Cuando realiza la labor de psicoterapia con los usuarios en forma individual, la duración de la

Sesión es:	<i>Institución</i>		<i>Privada</i>	
No trabaja	81	32.4	83	33.2
50 minutos	78	31.2	82	32.8
60 minutos	55	22.0	57	22.8
90 minutos	7	2.8	8	3.2
otra duración	29	11.6	20	8.0
	250	100%	250	100%

10-La duración de la sesión de psicoterapia de grupo es de:

	<i>Institución</i>		<i>Privada.</i>	
No trabaja	132	52.8	205	82.0
50 minutos	16	6.4	11	4.4
60 minutos	30	12.0	10	4.0
90 minutos	51	20.24	17	6.8
Otra duración	21	8.4	7	2.8
	250	100%	250	100%

15-En su práctica profesional, en promedio ¿cuántas sesiones duran el tratamiento?.

	<i>Institución</i>		<i>Privada.</i>	
No trabaja	90	36.0	79	31.6
Variable	51	20.24	75	30.0
Entre 5 y 20 sesiones	73	29.2	32	12.8
De 21 a 50 “	19	7.6	20	8.0
De 51 a 100 Sesiones	7	2.8	16	6.4
De 101 a 150 “	2	0.8	5	2.0
No contestó	4	1.6	7	2.8
De 151 a 200 “	4	1.6	9	3.6
De 251 a 300 “		-----	7	2.8
	250	100%	250	100%

17-Las metas de la psicoterapia son establecidas por:

	<i>Institución</i>		<i>Particular.</i>	
No trabaja	75	30.0	78	31.2
El psicólogo	38	15.2	34	13.6
El usuario	16	6.4	21	8.4
De común acuerdo	111	44.4	113	45.2
No contestó	10	4.0	4	1.6
	250	100%	250	100%

18-La terminación del proceso terapéutico es fijada por:

	<i>Institución</i>		<i>Particular.</i>	
No trabaja	74	29.6	76	30.4
El psicólogo	42	16.8	22	8.8
El usuario	15	6.0	19	7.6
De común acuerdo	119	47.6	133	53.2
	250	100%	250	100%

### Fundamentos teóricos.

13-Usted concibe al ser humano:

No contestó	3	1.2
Determinado por su infancia (psicoanálisis)	51	20.4
Con capacidad de darle sentido a su existencia(humanismo)	57	22.8
Determinado por el medio (conductismo)	48	19.2
Otra forma	53	21.2
Ecléctico	38	15.2
	250	100%

19-Durante el tratamiento, ¿usted hace la historia detallada del usuario?

	<i>Institución</i>		<i>Particular</i>	
No trabaja	73	29.2	84	33.6
Frecuentemente	127	50.8	124	49.6
Ocasionalmente	43	17.2	32	12.8
Nunca	7	2.8	10	4.0
	250	100%	250	100%

20-En su trabajo con los pacientes, para usted los conceptos teóricos básicos son:

Libido, inconsciente, transferencia (psicoanálisis)	50	20
Aprendizaje, condicionamiento (conductual)	51	20.4
Transferencia, inconsciente, desarrollo (humanista)	94	37.6
Sistemas, subsistemas (sistémica)	42	16.8
Ecléctica	4	1.6
Dos aproximaciones	4	1.6
No contestó	5	2.0
	250	100%



21-En su trabajo de psicoterapia, el tratamiento de la mayoría de sus pacientes, se enfoca en:

Los síntomas y los trastornos con el medio (conductual)	68	27.2
Los eventos diarios y las relaciones interpersonales(humanista)	36	14.4
Las asociaciones libres sin guiarlas (psicoanálisis)	30	12
En las sit.comunes y corrientes en las rel.interpersonales y otras fuentes de conflicto (sistémica)	85	34
Ecléctico	25	10.4
No contestó	5	2.0
	250	100%

22- ¿Qué tipo de actividad desempeña durante el tratamiento?

Se enfoca a reforzar las defensas del paciente (Terapia de apoyo)	51	20.4
Se enfoca a desafiar las defensas existentes (Psicoanálisis)	44	17.6
Va dirigida a desafiar las defensas existentes y va de la directividad a la no directividad (Humanismo)	70	28
Otro tipo de actividad	74	29.6
Ecléctico	3	1.2
	250	100%

23-En su labor de psicoterapia, en cuanto la relación paciente-terapeuta

Carece de relevancia la relación paciente terapeuta (Terapia Conductual)	11	4.4
Se fomenta y se utiliza la transferencia (Psicoanálisis)	59	23.6
Se permite que la transferencia surja espontáneamente	47	18.8
Se permite que la relación se de espontáneamente y ocasionalmente se fomenta y se utiliza la transferencia positiva	119	47.6
Ecléctica	8	3.2
No contestó	6	2.4
	250	100% 24-

La transferencia en la relación terapéutica

La observó y no la maneja (Terapia de apoyo)	34	13.6
No tiene importancia (Terapia conductual)	17	6.8
La relacionó con figuras del pasado (Psicoanálisis)	80	32.0
La relacionó con temores y miedos irracionales (Humanismo)	84	33.6
Ecléctico	19	7.6
No contestó	16	6.4
	250	100%

25-En su trabajo psicoterapéutico, el material onírico del paciente

No se utiliza (Conductismo)	75	30
Se interpreta sobre la base de la a las asociaciones libres (Psicoanálisis)	36	14.4
Se emplea según el caso del paciente y el tipo de trat. (Humanismo)	132	52.8
No contestó	7	2.8
	250	100%

27-La interpretación la realiza:

No es importante (conductismo)	25	10
Sobre la base del pasado del sujeto (psicoanálisis)	69	27.6
Sobre la base del presente del sujeto (humanismo)	108	43.2
Sistémica	5	2.0
Ecléctica	17	6.8
Psicoanálisis + humanismo	16	6.4
	250	100%

### Supervisión.

28- ¿Considera necesaria la supervisión de quien realiza psicoterapia?

Sí	241	96.4
No	9	3.6
	250	100%

29- ¿En su trabajo como psicoterapeuta ha recibido supervisión?

Sí	224	89.6
No	26	10.4
	250	100%

30- ¿Qué tipo de profesional lo ha supervisado?

Psiquiatra	45	18.0
Psicoanalista	88	35.2
Psicólogo	64	25.6
Psicoanalista + Psicólogo	32	12.8
Terapeuta familiar	1	0.4
No contestó	20	8.0
	250	100%

31- ¿Ha supervisado Usted, en alguna ocasión el trabajo de psicoterapia de algún colega?

Sí	154	61.6
No	92	36.8
No contestó	4	1.6
	250	100%

### Tratamiento personal.

32- ¿Considera necesario que quien se dedica al tratamiento tenga psicoterapia personal?

Sí	227	90.8
No	18	7.2
No contestó.	5	2.0
	250	100%

33- ¿Ha estado Usted en tratamiento de psicoterapia?

Sí	217	86.8
No	27	10.8
No contestó	6	2.4
	250	100%

35- ¿Con qué tipo de especialista ha estado o estuvo en tratamiento?

Psiquiatra	33	13.2
Psicoanalista	123	49.2
Psicólogo	43	17.2
Varios	21	8.4
No ha estado.	30	12.0
	250	100%

36- ¿De que orientación teórica es o era su psicoterapeuta?

Freud Sigmund	94	37.6
Fromm Erich	35	14.0
Cognoscitivo.	28	11.2
Sistémico.	12	4.8
Lacan J.	15	6.0
Klein M.	1	0.4
Rogers C.	4	1.6
Gestalt	13	5.2
Ecléctico	9	3.6
No contestó.	39	15.6
	250	100%

## CUALITATIVA.

Con relación al perfil global del psicólogo clínico y en particular el que practica la psicoterapia, se encontró lo siguiente:

I.- Identificación: La mayoría son jóvenes, ya que la edad se encuentra entre los 26 y 37 años de edad (61.2%) y sigue predominado el sexo femenino, ya que existen tres mujeres por un hombre en esta actividad.

II.- Desarrollo académico. Los estudios de licenciatura, un gran porcentaje los realizó en la Facultad de Psicología de la UNAM (47.2%) y el resto en las diferentes escuelas o facultades del Distrito Federal y del País. Sexenio en que la cursaron, de 1958 a 1976 un 17.6%, de 1976 a

1988 un 62.4% y de 1988 a 1994 un 18.4%, la mayoría proviene del área de acentuación de clínica (66%) y el resto de diferentes áreas, en donde prevalece una proporción de tres por uno. Existen cuatro titulados por uno sin titularse. 99 psicólogos (el (39.6%)) cursaron estudios de posgrado y de ellos 68 tienen la siguiente especialidad: Psicoterapia de grupo (4), psicoanálisis (21) psicoanálisis humanista (5), terapia familiar (9), psicoterapia infantil (3), grupo operativo (1), psicología institucional (18), terapia racional emotiva (4), neuropsicología (3) y en su mayoría lo curso en la UNAM (38.2) y el resto en los 19 centros o institutos que ofrecen cursos de especialización, en donde predomina un interés por lo dinámico y en especial por el enfoque ortodoxo. El 17.6% realizó estudios de maestría y de ellos el 65.9% lo llevo a cabo en clínica y los demás en otras áreas. Solo dos psicólogos tienen estudios de doctorado y es en otra disciplina. El 57.2% ha tomado cursos de actualización y la mitad de ellos en instituciones particulares o privadas, con duración que oscila entre las 31 y 100 horas de duración. Se observa ante estos hechos que la mayoría de los psicólogos que ejercen la actividad de la psicoterapia se actualizan en forma constante.

#### **Situación laboral.**

Los integrantes de la muestra se desempeñan laboralmente en el ámbito de la salud (Secretaría de Salud, Departamento del Distrito Federal, IMSS, ISSSTE, DIF. 50.8%), en el sector de educación (SEP, UNAM, UAM, 14%) en el sector de impartición de justicia (Secretaría de Gobernación 2%), en la práctica privada 18.4% y en instituciones particulares el 8.4%.

El 56% ingresó a trabajar en el sexenio 1988-1994, y el 22.4% entre 1976 y 1984, siendo el 64% de la población quien tiene entre menos de un año y ocho años de antigüedad en el empleo. El 71.2% se dedica a la psicoterapia en sus diferentes modalidades. El 67.2% trabaja semanalmente de 21 a 40 horas y el 70% gana entre tres y seis salarios mínimos. El 66% trabaja en forma particular y de ellos el 59.6% lo hace de 5 a 20 horas dedicándose a la psicoterapia la mayoría y de ellos el 27.6% trabaja en una etapa específica del desarrollo y el resto a dos o más etapas. El nivel socioeconómico de los usuarios en el ámbito institucional es bajo y medio, predominando este último en la práctica privada.

Es notorio que el psicólogo clínico, ha ido desarrollando y ampliando sus funciones y que trabaja en el sector salud en el nivel primario (centros de salud, clínicas), nivel secundario (hospitales de zona) y en el ámbito terciario (hospitales de alta especialidad e institutos de investigación), además de los centros de desarrollo infantil y de los centros educativos, en donde además del psicodiagnóstico, también lleva a cabo la intervención por medio de la psicoterapia individual y de grupo, también es notorio que la mayoría de los que ahí trabajan provienen de la UNAM y que tienen poco tiempo trabajando en las instituciones, que tienen poca experiencia profesional, que están mal pagados y que empiezan a desarrollar una especialidad, trabajando con niños, adolescentes o adultos y que quien trabaja en forma particular le dedica poco tiempo, probablemente por su misma situación de género. Ante esto cabe preguntarse ¿dónde están los egresados de las demás escuelas y facultades y de los sexenios anteriores? ¿por qué existen tan pocos psicólogos clínicos laborando? En primer lugar parece ser que la mayoría de las plazas de psicólogos existentes han sido cubiertas por los egresados de la UNAM, que el gobierno no ha creado nuevas plazas, ya que la salud mental no ha sido una de sus prioridades, que duran poco tiempo trabajando, que las oportunidades laborales son escasas y que es escasa la paga por los servicios profesionales que realiza el psicólogo clínico en el ámbito institucional, lo que origina que tenga que desempeñarse en otras actividades que le brinden la oportunidad de ganar un salario decoroso que le permita satisfacer sus necesidades materiales. El psicólogo que tiene oportunidad de ingresar a trabajar en el sector oficial, adquiere experiencia, misma que la puede aplicar en el ámbito particular y obtener recursos económicos, aunque se observa que es poco el tiempo que le dedica, posiblemente porque la mujeres, además de profesionistas tienen que atender actividades relacionadas con el hogar y crianza de los hijos lo que limita que le dediquen más tiempo a la práctica profesional.

#### **La enseñanza de la Psicoterapia.**

El 45.6% de los egresados contestaron que sus estudios de licenciatura NO los capacitó para utilizar técnicas de psicoterapia. El 46% y el 52.4% no contestaron cuales materias los capacitaron teóricamente y prácticamente para su ejercicio y el resto de la población se

distribuye entre las bases teóricas, proceso salud enfermedad mental, psicodiagnóstico, intervención y otros sistemas.

Se manifiesta con lo anterior la falta de relación entre los diferentes bloques de materias y el bloque de intervención, ya que sólo el 19.6% considera que sí lo capacitó para la psicoterapia. Ello se puede deber a que efectivamente para ser considerado del área de clínica, el estudiante con el sólo hecho de estar inscrito en nueve materias se le considera de ella, por lo que es conveniente que para que tenga una enseñanza completa tome 15 las materias en clínica de en los últimos tres semestres de la licenciatura, además de que exista una mayor vinculación entre las materias, aunado al hecho de que el tronco común proporcione bases que posibiliten que a partir de ellos se continúe la enseñanza.

### **Ejercicio de la Psicoterapia.**

Las técnicas que manejan los integrantes del grupo son las siguientes: terapia de apoyo 7.2%, psicoterapia de insight con metas reeducativas 35.6%, psicoterapia de insight con metas reconstructivas 24.4%, dos aproximaciones el 21.6%, predominando la aproximación teórica del psicoanálisis 29.6%, luego sigue el conductismo 18.8%, la aproximación humanista con 10.4% y la aproximación sistémica con 4%, de las cuales aplica rutinariamente y que predomina en su trabajo institucional y privado la terapia de apoyo y la psicoterapia de insight con metas reeducativas.

### **Encuadre.**

La duración de las entrevistas tienen una duración de 50 o 60 minutos, con una frecuencia de una o dos veces a la semana, cuando realizan psicoterapia de grupo de grupo la duración es de 90 minutos una vez a la semana y las metas y la finalización del tratamiento son fijadas de común acuerdo.

### **Fundamentos teóricos.**

En la concepción de ser humano, no existe el predominio de alguna aproximación teórica, como se puede observar en los porcentajes de respuesta a las preguntas 13 y 20, en donde se da una ligera prevalencia del abordaje humanista (transferencia, inconsciente y desarrollo y con capacidad para darle sentido a su

existencia) con un 37.6% sobre el abordaje psicoanalítico (libido, inconsciente, transferencia , y determinado por su infancia) 20.4%, .El abordaje conductual (Aprendizaje, condicionamiento, y determinado por el medio) con un 20%.

### **Manejo técnico.**

Existen varias discrepancias en el manejo técnico, ya que se observa por medio de las respuestas a la pregunta 21, que prevalece la aproximación sistémica con un 34%, que se enfocan a las situaciones comunes y corrientes en las relaciones interpersonales y otras fuentes de conflicto, seguida por abordaje conductual con un 27.2% que se enfoca en los síntomas y los trastornos con el medio, en cambio el psicoanálisis, que se enfoca en las asociaciones libres sin guiarlas tiene un 12%, que difiere con lo encontrado en las respuestas a la pregunta no.23 en donde en la relación paciente-terapeuta se permite que la relación se de espontáneamente y ocasionalmente se fomenta y se utiliza de manera positiva con un 47.6%, que es una mezcla de psicoanálisis y humanismo, a diferencia de que se permite que la transferencia surja espontáneamente con un 18.8%, o bien que se fomenta y se utiliza la transferencia con un 23.6%, en cambio en la terapia conductual que considera que carece de relevancia en la relación paciente-terapeuta con un 4.4.%, porcentajes que difieren con los encontrados en las respuestas al reactivo no.24 en donde la transferencia en la relación terapéutica, la relacionan con temores y miedos irracionales que corresponde al humanismo con un 33.6%, las relaciona con las figuras del pasado que corresponde al psicoanálisis con un 32%. Y difiere en las respuestas dadas al reactivo no.25, que pregunta ¿ En su trabajo psicoterapéutico, el material onírico del paciente?. Se emplea según el caso del paciente y el tipo de tratamiento el 52.8%. Se interpreta en base a las asociaciones libres, psicoanálisis con 14.4% y el 30% no lo utiliza. También se observa en el reactivo no 27, que plantea, ¿ la interpretación la realiza? Con un abordaje humanista un 43.2% y es sobre la base del presente del sujeto, con un abordaje psicoanalítico un 27.6% que lo realiza sobre el pasado del sujeto, y para el 10% restante no es importante la interpretación. Se puede notar que existe discrepancias entre los porcentajes de las respuestas emitidas, lo indica que el manejo técnico carece de congruencia.

### **Entrenamiento.**

Parte del entrenamiento de la psicoterapia, es la supervisión, ya que enseña al psicoterapeuta, que no

existe entrevista o sesión perfecta, que siempre existe algo que no pudo haber hecho y que no hizo, que es muy importante tener la disposición de Aprender del paciente y con el paciente, bajo la mirada del colega que sabe un poco más que él y tener la humildad para conocer y reconocer a ese ser humano que solicita servicios profesionales, con la finalidad de disminuir, desaparecer, mejorar, cambiar, conocer lo desconocido (inconsciente) la influencia del medio ambiente, la conducta y lo que le origina problemas en su vivir.

Por ello a la pregunta no 24 ¿considera necesario la supervisión de quien realiza psicoterapia? El porcentaje de psicólogos que contestaron sí fue el 96.4%. Quienes han recibido supervisión es el 89.6% y quienes los han supervisado son: psicoanalista 35.2%, psicólogo 25.6% y psiquiatra un 18%.

#### **Tratamiento personal.**

De la población encuestada, el 90.8% considera necesario que quien se dedica a la psicoterapia tenga tratamiento personal. El 86.8% dice haber estado en tratamiento y quien se lo ha proporcionado ha sido: psicólogo un 17.2%, psicoanalista 49.2% y psiquiatra 13.2%, en donde la orientación teórica que siguen cada uno de ellos es la siguiente: Freud Sigmund 37.9%, Fromm E. 14%, cognitivo conductual 11.2% y el resto se distribuye en diferentes orientaciones.

Se puede observar, que la influencia de los psicoanalistas y psiquiatras empieza a descender y que el psicólogo, empieza a ser valorado por sus colegas, ya que cuenta con la capacidad y experiencia para darles un trato profesional, hecho que hace tiempo era poco probable.



## CAPÍTULO VII

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia se tomaron tres indicadores a fin de conocer: 1. ¿Si a los psicólogos clínicos que la ejercen se la proporcionó el área de acentuación, y si estos presentan diferencias significativas con los psicólogos egresados de otras áreas?. 2. ¿Si existen diferencias entre los psicólogos egresados de diferentes Facultades? y 3. ¿ Si en función del tiempo en que cursaron sus estudios se ha modificado la enseñanza de la psicoterapia?

Para el primer indicador se acepta la Hipótesis nula que plantea, que "no existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura egresados del área de clínica de psicología y los estudiantes de licenciatura egresados de otras áreas de psicología, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia". Esto ocurre principalmente porque en la licenciatura, no se brinda al estudiante entrenamiento, ya que el número de horas que tiene para realizar prácticas es muy limitado, porque del bloque de intervención solo las materias de modificación conductual y rehabilitación conductual son las únicas que las tienen, además del desfase con el tronco común con el área de acentuación como se corrobora con lo encontrado por Carlos (1989) Girón (1989) y Acuña (1996), aunado a que en las prácticas se carece de escenarios en donde realizarlas, como también de lineamientos para supervisar el trabajo realizado por el estudiante, que posibilite la vinculación de lo enseñado en el aula con el entorno en que se desenvuelve, así como vincular la teoría con la técnica. Esto lleva al planteamiento de ¿ cómo se explica el hecho de que exista un grupo numeroso de psicólogos que practican la psicoterapia?. En primer lugar por los cursos de especialización, ya que el 27.2% de la población lo han realizado en diferentes modalidades, en segundo lugar por los cursos de actualización, ya que el 57.2% lo realiza, y también por la demanda que se presenta en la institución en la que laboran, lo que los impulsa a estar en constante proceso de entrenamiento, supervisión y formación, ya que la mayoría de los psicólogos encuestados respondieron que han estado o están en supervisión y tratamiento, por lo que se establece la necesidad de que los programas de estudios de licenciatura se actualicen e incorporen a sus contenidos prácticas supervisadas, no solo en el bloque de psicodiagnóstico, sino también en el bloque de intervención. Como se puede observar el 82.4% solo tiene estudios de licenciatura y las técnicas que aplica son las de

psicoterapia de apoyo y psicoterapia de Insight con metas reeducativas, aspecto que concuerda con lo concluido por Vázquez(1996), que son técnicas en donde no intervienen factores inconscientes y que por lo tanto no necesitan de mayor especialización para practicarlas y que son técnicas breves, a corto plazo o a tiempo limitado y que es lo que demandan las instituciones oficiales en donde se solicita este tipo de servicios por parte de la población.

Se puede concluir con relación a esta primera hipótesis, que la licenciatura de psicología y en especial el área de clínica no contribuye a satisfacer la demanda de capacitación para el tratamiento, para mejorar la salud mental de la población que solicita los servicios profesionales en el área de psicoterapia y que no participa en la solución de problemas de enfermedad mental o dificultades que en su vivir aqueja a la población de la ciudad de México.

Con relación a la segunda Hipótesis que plantea "No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los estudiantes de licenciatura de psicología egresados de la UNAM y los estudiantes egresados de otras Universidades en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia" se acepta la hipótesis nula, ya que de los psicólogos egresados de las 13 escuelas o facultades que integraron la muestra, los integrantes de cuatro de ellas que son los egresados de: Zaragoza, la Femenina de México, de la Intercontinental y los de provincia, que representa el 17 % de los encuestados, de los cuales el 14.4% contestaron que sí, y el 4.5% contestó que no los capacitó para el empleo de psicoterapia, y representa una población pequeña, sin embargo los psicólogos egresados de Iztacala, de la Universidad Iberoamérica, de la Universidad del Valle de México, de la Universidad de la Américas, de la Universidad Anahuac, de la Universidad Pedagógica Nacional y los de la Universidad Autónoma Metropolitana, que representan el 71.2% no tuvieron diferencias entre ellos. ya que independientemente de la orientación teórica prevaleciente que se enseña en cada una de ellas, del contenido de los programas y de las materias, de su personal docente, lo que impera es la falta de práctica y supervisión clínica, lo que origina que los psicólogos que tienen oportunidad de trabajar opinen de esa manera.

Con relación a la tercera hipótesis, se acepta la alterna, que establece " Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de psicología egresados en los diferentes sexenios, en cuanto a la capacitación para utilizar técnicas de psicoterapia". Al agruparlos en los

seis sexenios en los cuales cursaron sus estudios y que incluye a 36 generaciones de diferentes escuelas y facultades de psicología, de los cuales el 53.3% contestó que la licenciatura Sí los capacito para técnicas de psicoterapia y el 46.7% contestó que nó, se observa que los egresados en los cinco primeros sexenios, 30 generaciones, prevalece un mayor porcentaje que contestó que no, en cambio en el último sexenio 1988-1994 el que incluye seis generaciones de psicólogos egresados, 73.9% contestó que si los capacitó Vs. el 26.1% que contestó que no lo cual se puede deber a que la experiencia profesional adquirida en el ámbito docente y laboral se empieza a manifestar en la enseñanza y entrenamiento. Es importante preguntarse dónde están la mayoría de los egresados en los diferentes sexenios, ya que de 1958-1964 solamente se encuestaron ocho, de 1964-1970 nueve psicólogos, de 1970-1976 veintisiete psicólogos y de los tres últimos sexenios existen mayor cantidad de ellos, de los cuales el 62.8% son egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México, y el 37.2% de las demás escuelas y facultades que imparten la licenciatura en psicología. Para ejercer la clínica se considera que es importante la práctica institucional, porque es ahí en donde se adquiere la experiencia laboral, por la gran cantidad de paciente que atienden, aunque los ingresos que se obtienen son escasos y existe poca contratación de psicólogos. La practica institucional y la experiencia adquirida brinda la posibilidad que el psicólogo se puede dedicar a la práctica privada y que complemente los ingresos sin que le dedique el mismo número de horas que a la practica institucional .

Considero que independientemente de los cambios y actualizaciones de los planes y programas de estudio, es de vital importancia que se incorporen prácticas supervisadas, ya que va a ser uno de los elementos fundamentales que van a permitir que el estudiante de psicología, en primer lugar valore el estudio que realiza, que le dedique mayor cantidad de tiempo para prepararse y vincularse con la realidad y las exigencias del entorno en que se desenvuelve, que participe y adquiera conciencia de la problemática que aqueja a la población metropolitana y que por último el trabajo que realiza tenga la retribución económica que le corresponde.

Se puede concluir que la licenciatura en psicología y en especial el área de clínica, enseña psicoterapia a quienes la estudian, sin embargo no les proporciona entrenamiento a los estudiantes, para que tengan herramientas de trabajo, que les permita ganarse la vida y que a su vez ayuden a resolver los problemas que se presentan en la población y que demanda una

práctica de la psicoterapia congruente, en donde el especialista sepa qué hace y para qué lo hace, en donde la terapia de apoyo y la psicoterapia de insight con metas reeducativas, que es la que se puede proporcionar en el ámbito institucional y en especial las psicoterapias breves sean enseñadas y supervisadas en la licenciatura y que las psicoterapias de insight con metas reconstructivas se enseñen, supervicen y formen en los diferentes curso de especialización que se imparten en diferentes instituciones del país.

## **LIMITACIONES.**

Son varias las limitaciones que presenta esta investigación, sin embargo una de las principales limitaciones por ser de las primeras que se llevan a cabo en México, es el hecho que el personal de psicólogos encuestados emite sus opiniones sobre la base de lo que ellos creen, de sus estándares o de lo que es deseable socialmente que realicen.

Otra limitación es que las preguntas de la encuesta carecen de relación de unas con otras, como es el caso del área de situación laboral, enseñanza de la psicoterapia, encuadre, ejercicio de la psicoterapia, fundamentos teóricos, que se podrían relacionar por bloque a través de la estadística inferencial, para conocer el grado de congruencia que existe entre las diferentes áreas que integran el instrumento.

También es limitado el carecer de datos del número de psicólogos clínicos que laboran en su profesión, en el ámbito institucional y el ámbito privado y sobre la base de ello realizar estudios que permitan la generalización de los resultados.

## **SUGERENCIAS.**

Mejorar el contenido de los reactivos de la encuesta para explorar más ampliamente la clasificación de la psicoterapia sobre la base de las cuatro aproximaciones que se abordan.

En las instituciones oficiales o del sector gubernamental, investigar si existen programas de psicoterapia y el encuadre institucional en que se basan.

Investigar la efectividad de la psicoterapia

Investigar si existen diferencias en la efectividad de la psicoterapia sobre la base de la aproximación teórica en que se apoyan los terapeutas.

Investigar el proceso y el resultado del tratamiento.

**Investigar si existen diferencias en el tratamiento realizado en el sector gubernamental y en sector privado.**

## BIBLIOGRAFÍA



## **BIBLIOGRAFÍA.**

- Aguilera, C.D. y Messick, M. J. (1976) Control de los conflictos emocionales. México, Interamericana.
- Alvarez, Molina J., (1981) Psicología e Historia. México. UNAM.
- Amigo C.M.A.; Elizalde S., S.C.; Pannchuk A.,E.A. (1987) El status profesional y académico del psicólogo clínico en instituciones del sector salud pública en la Cd.de México. Tesis de licenciatura, Escuela de Psicología. Universidad Anáhuac.
- Bleichmar, N., Leiberman C. (1989) El psicoanálisis después de Freud- Teoría y clínica: México. Eleia.
- Bodei,R. Jervis, G., (1985) La cultura del 900: México, Siglo XXI.
- Carlos, G.C., Castañeda, Y:M. Diaz-Barriga,A.F.; Figueroa, C:M., Muria, V.I. (1989).” La problemática curricular en la Facultad de Psicología.” En Urbina, J. Compilador (1989) El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva. México. Facultad de Psicología. U.N.AM.
- Castanedo, S.C. (1990) Grupos de encuentro en terapia gestalt. Barcelona. Herder.
- Castanedo, C., Brenes, A., Heenning, J., Hermann, L., Rodríguez, G., Thomas, P., (1993) Seis enfoques psicoterapéuticos: México. Manual Moderno.
- Díaz Guerrero, R. (1983) Los viajes a la Universidad de Texas en Austin. Acta Psicológica Mexicana 1,2,3,4.
- Díaz Portillo, I. (1989) Técnica de la entrevista psicodinámica. México. Pax-Mex.
- Etchegoyen, H. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica: Buenos Aires: Amorrurtu.
- Facultad de psicología (1998/1) Programas de las materias de psicología clínica. México, UNAM.
- Facultad de Psicología (1998/2) Programas de las materias de psicología clínica.México, UNAM.
- Fedida, P. (1979) Diccionario de psicoanálisis: Madrid. Alianza.
- Feixas, . Miro M.T(1993) aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona. Paidos
- Fromm,E. (1992) Lo inconsciente Social. España. Paidos.
- Fromm E. (1970) Budismo Zen y Psicoanálisis. México Fondo de Cultura Económica.
- Garfield, S. (1979) Psicología Clínica: El estudio de la personalidad y la conducta. México. Manual Moderno.

- Guerrero,A.( 1997) Hacia el cambio curricular. Diagnóstico del curriculum actual de la Facultad de Psicología. México. UNAM.
- Greenson, R. (1979) Técnica y practica del psicoanálisis: México. Siglo XXI.
- Giron, H:B; Urbina, S:J;Jurado, G:I; (1989) Congruencia interna del curriculum de la licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México: La opinión de los coordinadores de asignaturas. En Urbina S.J. (compilador) (1989) El Psicólogo: Formación, ejercicio profesional y prospectiva:México, Facultad de Psicología. U.N.A.M. Actitude
- Gutiérrez R,E.; Pozos B.,P. (1986) s de la comunidad hacia la enfermedad mental y hacia el rol del Psicólogo. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Hernandez,C.R.,Fernandez,C. Baptista, P. (1998) Metodología de la Investigación. ;México. Mc Graw-Hill
- Ibañez B., B. (1990) Manual para la elaboración de tesis. México. Trillas.
- León, O., Montero, I , (1997) Diseño de Investigación. Madrid. Mc Graw-Hill.
- Jacoby ,M (1992) El Encuentro Analítico, México, Fata Morgana.
- Knobel, M. (1987) Psicoterapia breve, Argentina, Paidos
- Manrique,L.P. (1982) Sistemas terapéuticos contemporáneos aplicados. México. Trillas
- Matton, A.M. (1980) El análisis Jungiano de los sueños. Argentina. Paidos.
- Martínez R., M.A. (1992) La formación y práctica del psicólogo: estudio de caso. Tesis de Maestría en Pedagogía. Colegio de Pedagogía. Facultad de Filosofía y Letras. U.N.A.-M.
- Minuchin, S.(1979) Familias y terapia familiar. México. Gedisa.
- Navarrete P. (1998) Estudio con madres de niños con labio y paladar hendidos, mediante la utilización de psicoterapia breve. Tesis de licenciatura en psicología Facultad de Psicología UNAM.
- 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
- Korchin,S. (1976) Modern Psychology. Nueva York. Basic Books
- Lafarga, J. (1990) "El desarrollo, la organización, el uso y el impacto social de la psicología en México." En Paoli, B. Coordinador (1990) Desarrollo y organización de las ciencias sociales en México. México. UNAM.- Miguel Angel Porrúa.

- Lakin, E. (1980) Orientación y psicoterapia. México. Limusa
- Lowen, A. (1988) Bioenergética: México. Diana.
- López, R.S. (1977) Historia de una psicología. México. Plaza y Valdés.
- Ribes, E., (1984) Algunas reflexiones sociológicas en el desarrollo de la psicología en México.
- Ribes, E. (1977) Panorámica de la enseñanza de la psicología en México. Enseñanza e Investigación en Psicología. Diciembre 1977 Vol.III número 2.
- 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.
- Salama, H., Villarreal, R., (1992) El enfoque gestalt. Una psicoterapia humanista: México. Manual moderno.
- Salinas R., S.; Torres G., A. (1988) Actitud hacia la labor del psicólogo clínico en profesionistas de salud mental y profesionistas de otras carreras. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Sandler, J. Dare, Ch. , Holder, A., (1986) El paciente y el analista: España: Paidós.
- 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.
- Silva, G.J. (1988) Seminario de casos clínicos. México.
- Szekely, B. (1975) Diccionario enciclopédico de la psique. Buenos Aires. Paidós.
- Valderrama, P. (1985) Un esquema para la historia de la psicología en México. México. Facultad de Psicología.
- Valderrama; Colotla, V.A. Gallegos, X., Jurado, S. (1994) Evolución de la psicología en México. México. Manual Moderno.
- Wallerstein, S.R. (1972) Las nuevas direcciones de la psicoterapia. Buenos Aires. Paidós.
- Warren,H. (1974) Diccionario de Psicología. México. F.C.E.

Wolberg, L.R. (1977) The Technique of Psychotherapy. Nueva York: Grunne & Stratton.

## ANEXOS

## ESCUELAS Y FACULTADES DE PSICOLOGIA HASTA 1998.

### Aguascalientes.

Universidad Autónoma de Aguascalientes.  
Centro de Artes y Humanidades.  
Lic. en Psicología.

Universidad Galilea.  
Dirección de Ciencias Sociales y Humanidades  
Lic. en Psicología.

### Baja California.

Centro de Estudios Universitarios Xochicalco.  
- Unidad Ensenada.  
Lic. en Psicología.  
- Unidad Tijuana.  
Lic. en Psicología.

Centro Universitario de Tijuana.  
- Campus Ensenada .  
Lic. en Psicología.  
- Campus Mexicali.  
Lic. en Psicología.  
- Campus Tijuana.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Baja California.  
Facultad de Ciencias Humanas  
Lic. en Psicología.

### Baja California.

Universidad Internacional de la Paz.  
Lic. en Psicología.

### Campeche.

Universidad Autónoma de Campeche.  
Facultad de Derecho.  
Lic. en Psicología Educativa.

### Coahuila.

Escuela de Licenciatura en Psicología Ma. Esther Zuno de Echeverría.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Coahuila.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de la Laguna.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma del Noreste.

- Plantel Monclova.  
Lic. en Psicología.
- Plantel Piedras Negras.  
Lic. en Psicología.
- Plantel Sabinas.  
Lic. en Psicología.
- Plantel Saltillo.  
Lic. en Psicología.
- Plantel Torreón.  
Lic. en Psicología.

Universidad Metropolitana de Coahuila.  
Lic. en Psicología.

#### Colima.

Universidad de Colima.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

#### Chiapas.

Centro de Estudios Profesionales de Chiapas Fray Bartolomé de las Casas.  
Lic. en Psicología.

Centro de Estudios Superiores de Tapachula.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología Clínica.  
Lic. en Psicología Educativa.  
Lic. en Psicología.  
Lic. en Psicología Laboral.

#### Chihuahua.

Centro de Estudios Universitarios del Norte A.C.  
Lic. en Psicología.

Cultural Colegio de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Escuela de Psicología y pedagogía Sigmund Freud.  
Lic. en Psicología.

Escuela libre de Psicología A.C.  
Lic. en Psicología.

Escuela Superior de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Instituto de Asesoramiento Profesional.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.  
Instituto de Ciencias Sociales y Administración.  
Lic. en Psicología.

Distrito Federal.

Centro Cultural Universitario Justo Sierra.  
Lic. en Psicología.

Centro de Estudios Universitarios Londres.  
Lic. en Psicología.

Colegio Partenon.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma Metropolitana.  
- División de Ciencias Sociales y Humanidades.  
Lic. en Psicología Social.  
- División de Ciencias Sociales y Humanidades (Unidad Xochimilco).  
Lic. en Psicología.

Universidad de las Américas, A.C. CD. de México.  
Departamento de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Claustro de Sor Juana.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Distrito Federal.  
Lic. en Psicología.



Universidad del Pedregal.  
Lic. en Psicología Industrial.

Universidad del Tepeyac. A.C.  
Lic. en Psicología del Trabajo.

Universidad del Valle de México.  
- Plantel San Rafael.  
Lic. en Psicología.  
- Plantel Chapultepec.  
Lic. en Psicología.  
- Plantel Tlalpan.  
Lic. en Psicología.

Universidad Iberoamericana.  
Departamento de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Intercontinental.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Nacional Autónoma de México.  
- Facultad de Psicología.  
Lic. en Psicología.  
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.  
Lic. en Psicología.

Universidad Pedagógica Nacional.  
Lic. en Psicología Educativa.

Universidad Salesiana.  
Lic. en Psicología.

#### Durango.

Centro Universitario Prodemac.  
Lic. en Psicología.

Instituto Superior de Ciencia y Tecnología de la Laguna, A.C.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Durango.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma Espana de Durango.  
Lic. en Psicología educativa.  
Lic. en Psicología Clínica.  
Universidad del Norte de México.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Valle de Guadiana.  
Lic. en Psicología.

Universidad Juárez del Estado de Durango.  
Facultad de Medicina.  
Lic. en Psicología.

#### Guanajuato.

Universidad de Guanajuato.  
Facultad de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Iberoamericana Plantel León.  
Lic. en Psicología.

Universidad Quetzacóatl.  
Unidad Irapuato.  
Lic. en Psicología.

Guerrero  
Universidad Americana de Acapulco.  
Facultad de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Guerrero.  
Escuela Superior de Ciencias Sociales.  
Lic. en Psicología.

#### Hidalgo.

Centro de estudios Superiores del Norte de Hidalgo.  
Lic. en Psicología.

Centro Hidalguense de Estudios Superiores, S.C.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

Centro Universitario Vasco de Quiroga de Huejutla.  
Lic. en Psicología.

Colegio de Estudios Superiores Anahuac, S.C.  
Lic. en Psicología.

Jalisco.

Centro de Estudios Universitarios Veracruz.  
Plantel Mar Egeo.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Guadalajara.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad de Guadalajara.  
- Centro universitario del sur.  
Lic. en Psicología.  
- Centro Universitario de Ciencias de la Salud.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Valle de Atemajac.  
- Facultad de Humanidades y Ciencias de la Salud.  
Lic. en Psicología.  
- Plantel Lagos.  
Lic. en Psicología.

Estado de México.

Centro de Estudios Agustinos Fray Andrés de Urdaneta.  
Lic. en Psicología.

Centro Universitario de Texcoco Francisco Ferreira y Arreola.  
Lic. en Psicología.

Centro Universitario Químico José Donaciano Morales, A.C.  
Lic. en Psicología.

Universidad Anahuac.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma del Estado de México.  
- Facultad de Ciencias de la Conducta.  
Lic. en Psicología.  
- Unidad Académica Profesional Atlacomulco.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Valle de México, plantel Lomas Verdes.  
Lic. en Psicología.

Universidad Franco Mexicana. S.C.

- Escuela de Psicología.

Lic. en Psicología.

- Plantel norte.

Lic. en Psicología.

Universidad Hispanoamericana.

Plantel Coacalco.

Lic. en Psicología.

Universidad nacional Autónoma de México.

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

Lic. en Psicología.

Universidad Nuevo Mundo.

Lic. en Psicología.

Universidad Pedro de Gante.

Lic. en Psicología.

#### Michoacán.

Instituto de Estudios Universitarios del Valle de Zamora.

Lic. en Psicología.

Instituto Michoacano de Ciencias de la educación José María Morelos.

Lic. en Psicología Educativa.

Universidad de Morelia.

Lic. en Psicología.

Universidad del Valle de Atemajac.

- Plantel La Piedad.

Lic. en Psicología.

- Plantel Zamora.

Lic. en Psicología.

Universidad Latina de América.

Lic. en Psicología.

Universidad Vasco de Quiroga.

Lic. en Psicología.

Morelos.

Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Facultad de Psicología.

Lic. en Psicología.

Nayarit.

Instituto de estudios Tecnológicos y Superiores Matatipac, A.C.

Lic. en Psicología.

Instituto de las Américas de Nayarit, S.C.

Lic. en Psicología.

Nuevo León.

Centro de Estudios Universitarios de Monterrey.

Facultad de psicología.

Lic. en Psicología.

Centro Educativo Universitario Panamericano.

Lic. en Psicología.

Instituto Valle Continental.

Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Facultad de psicología.

Lic. en Psicología: Área Clínica.

Lic. en Psicología: Área Conductual.

Lic. en Psicología: Área Laboral.

Lic. en Psicología: Área infantil.

Lic. en Psicología: Área Social.

Universidad de Montemorelos.

División de Ciencias de la Salud.

Lic. en Psicología.

Universidad Regiomontana.

División de Humanidades y Ciencias Sociales.

Lic. en Psicología.

Oaxaca

Centro de Estudios Superiores de Tuxtepec.

Lic. en Psicología.

Instituto de estudios Superiores de Oaxaca, A.C.

Lic. en Psicología.

Universidad Mesoamericana Oaxaca.  
Lic. en Psicología.

Universidad Regional del Sureste.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

Puebla.  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.  
Facultad de Psicología.

Centro Internacional siglo XXI.  
Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades.  
Lic. en Psicología.

Centro Universitario de Puebla.  
Escuela de Humanidades.  
Lic. en Psicología.

Escuela de estudios Superiores Albert Einstein.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

Escuela de Estudios Superiores de Tehuacán. A.C.  
Escuela de Ciencias Sociales y Humanidades.

Escuela libre de psicología.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

Escuela Superior del Golfo de México.  
Escuela de Ciencias y Humanidades.  
Lic. en Psicología.

Universidad Anglohispanomexicana.  
- Escuela de Humanidades.  
Lic. en Psicología.  
- Escuela de Humanidades (Plantel Zacatlán).  
Lic. en Psicología.

Universidad Cuauhtémoc, A.C.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad de las Américas Puebla.  
Escuela de Ciencias Sociales.  
Lic. en Psicología.

Universidad Europea, A.C.  
Escuela de Ciencias Sociales.  
Lic. en Psicología.

Universidad Hispana.  
Escuela de Humanidades.  
Lic. en Psicología.

Universidad Iberoamericana Plantel Golfo Centro.  
Departamento de Ciencias Sociales y Humanidades.  
Lic. en Psicología.

Universidad Pedagógica Nacional Unidad 211 Puebla.  
Lic. en Psicología Educativa.

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.  
División de Ciencias Sociales y Humanidades.  
Lic. en Psicología.

#### Querétaro.

Universidad Autónoma de Querétaro.  
Facultad de Psicología.  
Lic. en Psicología Clínica.  
Lic. en Psicología Educativa.  
Lic. en Psicología del Trabajo.  
Lic. en Psicología Social.

Universidad del Valle de México, Plantel Querétaro.  
Lic. en Psicología.

#### San Luis Potosí.

Universidad Autónoma de san Luis Potosí.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad Champagnat, A.C.  
Lic. en Psicología.

#### Sinaloa.

Instituto Tecnológico Superior de Sinaloa, A.C.  
Lic. en Psicología Clínica.

Universidad Autónoma de Sinaloa.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad de occidente.  
- Unidad Guamuchil.  
Lic. en Psicología Educativa.  
- Unidad los Mochis.  
Lic. en Psicología Educativa.  
- Unidad Mazatlán.  
Lic. en Psicología Educativa.

Sonora.  
Instituto Tecnológico de Sonora.  
Lic. en Psicología.

Universidad de Sonora.  
Depto. de Psicología y Ciencias de la Comunicación.  
Lic. en Psicología Clínica.

Universidad del Noroeste, A.C.  
Departamento de Ciencias Sociales y Humanidades.  
Lic. en Psicología.

Tamaulipas.  
Centro Universitario del Noreste, A.C.  
Lic. en Psicología.

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas, A.C.  
- Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.  
- Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Tamaulipas.  
- Facultad de trabajo Social.  
Lic. en Psicología.  
- Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Noreste.  
Lic. en Psicología.



Universidad México americana del Norte.  
Escuela de Humanidades y Ciencias Sociales.  
Lic. en Psicología.

Universidad Tamaulipeca.  
Lic. en Psicología.

Universidad Valle del Bravo.  
- Unidad Ciudad Mante.  
Lic. en Psicología.  
- Unidad Ciudad Victoria.  
Lic. en Psicología.  
- Unidad Matamoros.  
Lic. en Psicología.  
- Unidad Nuevo Laredo.  
Lic. en Psicología.  
- Unidad San Fernando.  
Lic. en Psicología.

#### Tlaxcala.

Universidad del Valle de Tlaxcala.  
Lic. en Psicología.

#### Veracruz.

Universidad Cristóbal Colón.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Golfo de México.  
- Campus Córdoba.  
Lic. en Psicología.  
- Campus Orizaba.  
Lic. en Psicología.  
- Campus San Andrés Tuxtla.  
Lic. en Psicología.  
- Campus Tierra Blanca.  
Lic. en Psicología.

Universidad Veracruzana.  
- Facultad de Psicología (Poza Rica)  
Lic. en Psicología.  
- Facultad de Psicología (Veracruz).  
Lic. en Psicología.  
- Facultad de psicología (Xalapa)  
Lic. en Psicología.

Universidad Villa Rica.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.  
Lic. en Psicología Clínica.  
Lic. en Psicología Educativa.  
Lic. en Psicología laboral.

Yucatán.

Centro de Enseñanza Superior Escuela Modelo, S.C.P.  
Lic. en Psicología.

Centro de Estudio de las Américas, A.C.  
Lic. en Psicología.

Centro de estudios Superiores C.T.M. Justo Sierra O'Reilly.  
Escuela de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Centro Marista de Estudios Superiores, A.C.  
Lic. en Psicología.

Universidad Autónoma de Yucatán.  
Facultad de Psicología.  
Lic. en Psicología.

Universidad del Mayab, A.C.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

Zacatecas.

Universidad Autónoma de Zacatecas.  
Escuela de psicología.  
Lic. en Psicología.

Cuestionario sobre enseñanza y ejercicio de la psicoterapia.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Facultad de psicología.,

#### INSTRUCCIONES.

Estimado colega, le solicitamos unos minutos de su valioso tiempo para que conteste por favor el cuestionario anexo, el cual es anónimo y no pretende valorar sus conocimientos, sino conocer qué técnicas de psicoterapia utiliza Usted y en donde adquirió los conocimientos. Le pedimos sea lo más honesto y sincero que pueda, ya que los resultados nos permitirá obtener datos valiosos para conocer el estado actual de nuestra disciplina. Al principio de la encuesta anote sus datos generales, complete el cuadro relativo a escolaridad y anote los cursos de actualización en los últimos tres años En el área laboral anote su empleo actual y fecha en que ingreso a trabajar y los demás datos. Los primeros siete reactivos del 1 al 38 son abiertos, así como los últimos tres, contestelos en base a su experiencia, los restantes son de opción múltiple elija la opción que considere conveniente, en ellos se incluye trabajo institucional y la práctica privada, conteste en los incisos correspondientes si realiza las dos actividades.

Por su cooperación y ayuda le expresamos nuestra más atenta consideración académica.

Gracias.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EDAD: _____	SEXO: _____	ESCOLARIDAD LICENCIATURA ESC. O FAC. DE PROCEDENCIA	CURSADA DE _____ A _____	ÁREA PREDOMINANTE DE ESPECIALIDAD:	
PASANTE SI NO 100% CRÉDITOS	TITULADO: SI NO	AÑO DE EXAMEN PROFESIONAL:	ESTUDIOS DE POSGRADO	ESPECIALIDAD NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD:	
INSTITUCIÓN	OBJETIVO DEL CURSO	CURSADO DE _____ A _____	DOCUMENTACIÓN DIPLOMA _____ CERTIFICADO _____ CONSTANCIA	MAESTRIA SI _____ NO _____	
NOMBRE DE LA MAESTRIA:	INSTITUCIÓN:	CURSADA DE _____ A _____	TITULADO SI NO	AÑO DE EXAMEN PROFESIONAL	DOCTORADO SI NO
NOMBRE DEL DOCTORADO:	INSTITUCIÓN:	CURSADA DE _____ A _____	TITULADO SI NO	AÑO DEL EXAMEN PROFESIONAL _____	

CURSOS DE ACTUALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA, DESCRIBA LOS QUE CONSIDERE MÁS IMPORTANTES PARA SU EJERCICIO PROFESIONAL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN	OBJETIVO	No. DE HORAS

TRABAJO INSTITUCIÓN: _____	FECHA DE INGRESO _____	AÑOS EN EL EMPLEO _____	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA PSICODIAGNÓSTICO _____ TERAPIA FAMILIAR _____ PSICOTERAPIA INDIV. _____ PSICOTERAPIA DE GRUPO _____	
NOMBRE DE DEPENDENCIA: _____	No. DE HORAS DE TRABAJO POR SEMANA:	SUELDO MENSUAL	TRABAJO SI _____ PARTICULAR NO _____	No. DE HORAS SEMANALES:
INGRESO MENSUAL	AÑO EN QUE INICIO SU PRACTICA PRIVADA: _____	AÑOS DE PRACTICA PRIVADA: _____	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA PSICODIAGNÓSTICO _____ TERAPIA FAMILIAR _____ PSICOTERAPIA INDIV. _____ PSICOTERAPIA DE GRUPO _____	
SU TRABAJO LO REALIZA CON: 1. NIÑOS _____ 2. ADOLESCENTES _____ 3. ADULTOS _____ 4. ANCIANOS _____ DE NIVEL SOCIOECONÓMICO: 1. PARTICULAR _____ 2. INSTITUCIONAL _____				

1.- SUS ESTUDIOS EN LICENCIATURA LO CAPACITARON PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA. SI NO

2.- SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE: ¿CUÁLES MATERIAS DE LICENCIATURA LO CAPACITARON TEÓRICAMENTE PARA LA PSICOTERAPIA?

---

3.- SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE: ¿CUÁLES MATERIAS DE LICENCIATURA LO CAPACITARON TÉCNICAMENTE PARA LA PSICOTERAPIA?

---

4.- SI CONTESTÓ NO A LA PREGUNTA 1; ¿POR QUÉ SUS ESTUDIOS DE LICENCIATURA NO LO CAPACITARON PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA?

---

5.- SI CONTESTÓ NO A LA PREGUNTA 1; ¿QUÉ CONSIDERA NO SE DEBE ENFATIZAR EN LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO A NIVEL LICENCIATURA PARA UTILIZAR TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA?

---

6.-DESCRIBA LAS TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA QUE MANEJA, ESPECIFIQUE EN DÓNDE ADQUIRIÓ LOS CONOCIMIENTOS Y A QUE CORRIENTE TEÓRICA PREDOMINANTE PERTENECEN

---

7.- DE LAS TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA QUE MANEJA, ¿CUÁLES SON LAS QUE APLICA EN FORMA RUTINARIA?

---

8.- ¿EN SU LABOR DE PSICOTERAPIA USTED, TRABAJA? 1. SOLO 2. EN EQUIPO CON OTROS PROFESIONALES 3.- DE AMBAS FORMAS

9.- CUANDO REALIZA LA LABOR DE PSICOTERAPIA CON LOS USUARIOS EN FORMA INDIVIDUAL LA DURACIÓN DE LA SESIÓN ES DE:  
1.- 50 MINUTOS 2.- 60 MINUTOS 3.- 90 MINUTOS 4.- OTRA DURACIÓN INSTITUCIONAL \_\_\_\_ PRIVADO \_\_\_\_

10.- CUANDO REALIZA LA LABOR DE PSICOTERAPIA CON LOS USUARIOS EN FORMA GRUPAL, LA DURACIÓN DE LA SESIÓN ES DE:  
1.- 50 MINUTOS 2.- 60 MINUTOS 3.- 90 MINUTOS 4.- OTRA DURACIÓN INSTITUCIONAL \_\_\_\_ PRIVADO \_\_\_\_

11.- AL REALIZAR LA ACTIVIDAD PSICOTERAPEUTICA, TRABAJA O ENTREVISTA A LA MAYORÍA DE LOS USUARIOS.  
a) 1 VEZ C/SEMANA b) 2 VECES C/SEMANA c) 4 VECES C/SEMANA d) OTROS \_\_\_\_\_ INSTITUCIONAL \_\_\_\_\_ PRIVADO \_\_\_\_\_

- 12.- TIPO DE TRATAMIENTO QUE EMPLEA PREDOMINANTEMENTE EN SU TRABAJO DE INTERVENCIÓN,  
a) DE APOYO      b) REEDUCATIVO      c) RECONSTRUCTIVO      d) OTRO \_\_\_\_\_ INSTITUCIONAL \_\_\_\_\_ PRIVADO \_\_\_\_\_
- 13.- USTED CONCIBE AL SER HUMANO: a) DETERMINADO POR SU INFANCIA      b) CON CAPACIDAD PARA DARLE UN SENTIDO A SU EXISTENCIA  
c) DETERMINADO POR EL MEDIO      d) OTRA FORMA (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- 14.- TIPO DE TRATAMIENTO QUE EMPLEA USTED, PREDOMINANTEMENTE EN SU TRABAJO DE PSICOTERAPIA:  
a) BREVES      b) TIEMPO LIMITADO Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS      c) LARGAS      d) OTRAS (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 15.- EN SU PRÁCTICA PROFESIONAL, EN PROMEDIO ¿CUÁNTAS SESIONES DURA EL TRATAMIENTO? \_\_\_\_\_ A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 16.- USTED CONSIDERA QUE LA TÉCNICA DE PSICOTERAPIA QUE PREDOMINANTEMENTE UTILIZA EN SU EJERCICIO PROFESIONAL, ES APLICABLE  
a) PERSONAS NEURÓTICAS      b) PERSONAS PSICÓTICAS      c) CON TRANSTORNOS DE CARÁCTER      d) PROBLEMAS DE APRENDIZAJE      e) OTROS  
A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 17.- LAS METAS DE LA PSICOTERAPIA SON ESTABLECIDAS POR:  
a) EL PSICOLÓGO      b) EL ENTREVISTADO      c) DE COMÚN ACUERDO      d) POR \_\_\_\_\_ A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 18.- LA TERMINACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO ES FIJADA POR:  
a) POR EL PSICOLÓGO QUE CONSIDERA QUE LAS METAS SE HAN TERMINADO      b) POR EL USUARIO QUE CONSIDERA QUE LAS METAS SE HAN LOGRADO      c) POR EL PSICOLÓGO Y POR EL USUARIO  
A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 19.- ¿DURANTE EL TRATAMIENTO USTED HACE LA HISTORIA DETALLADA DEL USUARIO?  
a) FRECUENTEMENTE      b) OCASIONALMENTE      c) NUNCA  
A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 20.- EN SU TRABAJO CON LOS PACIENTES, PARA USTED, LOS CONCEPTOS TEÓRICOS BÁSICOS SON:  
a) LIBIDO, TRANSFERENCIA, INCONSCIENTE      b) APRENDIZAJE, CONDICIONAMIENTO      c) TRANSFERENCIA, INCONSCIENTE, DESARROLLO  
d) SISTEMAS, SUBSISTEMAS
- 21.- EN SU TRABAJO DE PSICOTERAPIA, EL TRATAMIENTO DE LA MAYORÍA DE SUS PACIENTES SE ENFOCA EN:  
a) LA CONDUCTA PROBLEMA      b) LOS EVENTOS DIARIOS Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES  
c) EN LAS ASOCIACIONES LIBRES (SIN GUIARLAS)      d) EN LAS SITUACIONES COMUNES Y CORRIENTES, EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y OTRAS FUENTES DE CONFLICTO  
A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO

- 22.- QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD DESEMPEÑA DURANTE EL TRATAMIENTO:  
 a) SE ENFOCA REFORZAR LAS DEFENSAS DEL PACIENTE b) SE ENFOCA A DESAFIAR LAS DEFENSAS EXISTENTES DE FORMA NO DIRECTA, PASIVA Y ANÓNIMA c) VA DIRIGIDA A DESAFIAR LAS DEFENSAS EXISTENTES Y VA DE LA DIRECTIVIDAD A LA NO DIRECTIVIDAD d) MODIFICAR LA CONDUCTA PROBLEMA
- 23.- EN SU LABOR DE PSICOTERAPIA, EN CUANTO A LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA:  
 a) CARECE DE RELEVANCIA LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA b) SE FOMENTA Y UTILIZA LA TRANSFERENCIA  
 c) SE PERMITE QUE LA TRANSFERENCIA SURJA ESPONTÁNEAMENTE d) SE PERMITE QUE LA RELACIÓN SE DE ESPONTÁNEAMENTE Y OCASIONALMENTE SE FOMENTA Y UTILIZA LA TRANSFERENCIA POSITIVA  
 A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 24.- LA TRANSFERENCIA EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA:  
 a) LA OBSERVO Y NO LA MANEJO b) NO TIENE IMPORTANCIA  
 c) LA RELACIONO CON FIGURAS DEL PASADO DEL PACIENTE d) LA RELACIONO CON LOS TEMORES Y MIEDOS IRRACIONALES QUE TIENE EL PACIENTE  
 A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 25.- EN SU TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO, EL MATERIAL ONÍRICO DEL PACIENTE:  
 a) NO SE UTILIZA b) SE UTILIZA CONSTANTEMENTE  
 c) SE EMPLEA SEGÚN EL CASO DEL PACIENTE Y EL TIPO DE TRATAMIENTO  
 A. INSTITUCIONAL B. PRIVADO
- 26.- EN SU OPINIÓN LA PSICOTERAPIA DEBE SER EJERCIDA POR ESPECIALISTAS CON FORMACIÓN ACADÉMICA EN:  
 a) LA LICENCIATURA b) LA ESPECIALIZACIÓN c) LA MAESTRIA d) OTROS (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- 27.- LA INTERPRETACIÓN LA REALIZA:  
 a) NO ES IMPORTANTE b) EN BASE AL PASADO DEL SUJETO c) EN BASE AL PRESENTE DEL SUJETO
- 28.- ¿CONSIDERA NECESARIA LA SUPERVISIÓN DE QUIEN REALIZA LA PSICOTERAPIA? a) Sí b) NO
- 29.- ¿EN SU TRABAJO COMO PSICOTERAPEUTA HA RECIBIDO SUPERVISIÓN? a) Sí b) NO
- 30.- ¿QUÉ TIPO DE PROFESIONAL LO HA SUPERVISADO? a) PSIQUIATRA b) PSICOANALISTA c) PSICOLÓGO
- 31.- ¿HA SUPERVISADO USTED, EN ALGUNA OCASIÓN, EL TRABAJO DE PSICOTERAPIA DE ALGÚN COLEGA? a) Sí b) NO
- 32.- ¿CONSIDERA NECESARIO QUE QUIEN SE DEDICA AL TRATAMIENTO TENGA PSICOTERAPIA PERSONAL? a) Sí b) NO
- 33.- ¿HA ESTADO USTED EN TRATAMIENTO DE PSICOTERAPIA? a) Sí b) NO

34.- SU PSICOTERAPIA LA REALIZÓ EN:            a) EN UNA INSTITUCIÓN            b) FORMA PARTICULAR            c) DE AMBAS FORMAS

35.- ¿CON QUÉ TIPO DE ESPECIALISTAS HA ESTADO O ESTUVO EN TRATAMIENTO?            a) PSIQUIATRA            b) PSICOANALISTA            c) PSICÓLOGO

36.- ¿DE QUÉ ORIENTACIÓN TEÓRICA ES O ERA SU PSICOTERAPEUTA? \_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO DE INVESTIGACION ENSEÑANZA Y EJERCICIO DE LA PSICOTERAPIA. CODIFICACION 1994.**

No de columna	Nombre de variable	Variable	Código.
1-3	Identificación	1	001-999
4	Edad	2	1.-20-25 años. 2.-26-31 3.-32-37 4.-38-43 5.-44-49 6.-50-55 años
5	Sexo	3	1.-Femenino 2.-Masculino.
6-7	Escuela de procedencia (LICENCIATURA)	4	01.-Unam. C.U. 02.-Unam Iztacala.. 03.-Unam Zaragoza. 04.-U.Iberoamericana, 05.-U.Fem.de México. 06.-U.del Valle de Méx. 07.-U.Intercontinental. 08.-U.de las Américas. 09.-U.Anahuac. 10.-U.Pedagogica 11.-U.de provincia. 12.-U.del Extranjero. 13.-A.Autonoma Metro. 14.-I.P.N.
8	Cursada	5	1.-1958-1964 2.-1964-1970 3.-1970-1976 4.-1976-1982 5.-1982-1988 6.-1988-1994. 7.-No contesto.
9	Especialidad Área de acentuación.	6	1.-Clínica. 2.-Educativa. 3.-Laboral. 4.-Social. 5.-General. 6.-Experimental. 7.-Salud mental. 8.-Dos áreas. 9.-Otra.
10	Pasante	7	1.-Sí. 2.-No.
11	Titulado.	8	1.-Sí. 2.-No.

12	Examen Profesional	9	0.-No contesto. 1.-1958-1964 2.-1964-1970 3.-1970-1976 4.-1976-1982 5.-1982-1988 6.-1988-1994. 7.-Sin examen Prof.
13	Estudios postgrado	10	1.-Si 2.-No.
14	Especialidad.	11	0.-Sin especialidad. 1.-Psicoterapia de grupo. 2.-Psicoanálisis. 3.-Psicoanálisis humanista. 4.-Terapia familiar. 5.-Psicoterapia infantil. 6.-Grupo operativo. 7.-Psicoterapia institucional. 8.-Terapia racional emotiva. 9.-Neuropsicología.
15	Institución donde		
16	curso la especialidad	12	00.-Sin especialidad. 01.-Unam. 02.-Asoc.Psicoanalitica mexicana. 03.-Inst.Mexicano de Psicoanálisis. 04.-Asoc.Mex.de psicoterapia analítica. 05.-Circulo psicoanalítico mexicano. 06.-Asoc.mex.de psicoterapia analítica de grupo. 07.-Soc.Psicoanalitica de grupo 08.-Colegio nacional de medicina psicosomatica. 09.-Instituto de la familia. 10.-Asoc.mex.de estudios de psicoterapia y psicoanálisis de adolescentes. 11.-Centro de investigación psicoanalítica y de psicoterapia. 12.-Universidad de la Américas. 13.-Instituto mexicano de sexología. 14.-Instituto mexicano de psicoterapia Gestalt. 15.-Asociación mexicana de psicoterapia de pareja 16.-Centro de psicología, psicoterapia y orientación. 17.-Instituto de terapia racional emotiva. 18.-Instituto latinoamericano de estudios de la fam 19.-Universidad Intercontinental. 20.-Asoc.Mex.de psicoterapia psicoanalítica de infancia y adolescencia. 21.-Escuela mexicana de psicodrama y sociometria 22.-Instituto de terapia familiar "Cencalli" 23.-Asoc. mex. de salud mental. 24.-Universidad Iberoamericana.

- 25.-Centro de estudios "Eleia"
- 26.-Centro de psicoterapia breve.
- 27.-Fundación mexicana de psicoanálisis.
- 28.-Taigo.
- 29.-Instituto mexicano de psiquiatría.

17.-Objetivo del curso	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.-Obtener conocimientos de terapia infantil.</li> <li>2.-Psicoanálisis.</li> <li>3.-Terapia familiar.</li> <li>4.-Grupo operativo.</li> <li>5.-Entrenamiento en psicoterapia.</li> <li>6.-Diversos enfoques.</li> <li>7.-Terapia humanista.</li> <li>8.-Diagnostico neuropsicologico.</li> <li>9.-Terapia sexual.</li> </ul>
18 Cursada de a 14		<ul style="list-style-type: none"> <li>0.-No curso.</li> <li>1.-1958-1964</li> <li>2.-1964-1970</li> <li>3.-1970-1976</li> <li>4.-1976-1982</li> <li>5.-1982-1988</li> <li>6.-1988-1994</li> <li>7.-No contesto.</li> </ul>
19 Documentación	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.-Sin documentación</li> <li>1.-Diploma</li> <li>2.-Constancia.</li> <li>3.-Certificado.</li> </ul>
20 Estudios de maestría	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.-Si</li> <li>2.-No.</li> </ul>
21 Nombre de maestría	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.-Sin maestría.</li> <li>1.-Clínica.</li> <li>2.-Educativa.</li> <li>3.-Psicoterapia.</li> <li>4.-Social.</li> <li>5.-De la salud.</li> <li>6.-Otra.</li> </ul>
22 Institución	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.-Sin estudios de maestría.</li> <li>1.-Unam.</li> <li>2.-Iberoamericana.</li> <li>3.-Uam.</li> <li>4.-Extranjero.</li> <li>5.-Universidad Intercontinental.</li> <li>6.-Otra.</li> </ul>
23 Cursada	19	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.-No curso.</li> <li>1.-1958-1964</li> <li>2.-1964-1970</li> <li>3.-1970-1976</li> <li>4.-1976-1982</li> </ul>

			5.- 1982- 1988 6.- 1988- 1994. 7.-No contesto.
24	Titulado	20	0.-No curso 1.-Si 2.-No.
25	Examen prof. De maestría	21	0.-No curso. 1.-1958-1964 2.-1964-1970 3.-1970-1976 4.-1976-1982 5.-1982-1988 6.-1988-1994 7.-Sin examen profesional.
26	Doctorado	22	1.-Si 2.-No.
27	Nombre doctorado	23	0.-Sin estudios de doctorado. 1.-Psicología clínica. 2.-Filosofía. 3.-Ciencias sociales.
28.-	Institución	24	0.-No curso. 1.-Unam. 2.-U.Iberoamericana. 3.-Uam. 4.-Extranjero. 5.-Otra.
29.-	Cursada de a	25	0.-No curso. 1.-1958-1964 2.-1964-1970 3.-1970-1976 4.-1976-1982 5.-1982-1988 6.-1988-1994 7.-1995
30	Titulado	26	0.-No curso 1.-Si 2.-No.
31	Examen profesional	27	0.-No curso. 1.-1958-1964 2.-1964-1970 3.-1970-1976 4.-1976-1982 5.-1982-1988 6.--1988-1994 7.-Sin examen.

32	Cursos de actualización.	28	0.-Sin cursos. 1.-Psicoterapia individual. 2.-Psicoterapia de grupo. 3.-Terapia familiar. 4.-Psicodiagnostico. 5.-Sexologia. 6.- 7.-Dos opciones. 8.-Tres opciones. 9.-Otros.
33	Institución	29	1.-Unam 2.-Oficial 3.-Privada (Individual) 4.-Particular(institución) 5.-Dos opciones.
34	No.de horas.	30	0.-Sin cursos. 1.-1 a 5 hrs. 2.-6 a 10 hrs. 3.-11 a 15 hrs. 4.-16-20 hrs. 5.-21-30 hrs. 6.-31-50 hrs. 7.-1 año 51 a 100 hrs. 8.-2 años 101 a 200 hrs.
35	Institución (Trabajo)	31	0.-Sin trabajo institucional. 1.-Clínica. 2.-Hospital de zona 3.-Hospital de especialidades. 4.-Centro de salud. 5.-Guarderia. 6.-Centro educativo. 7.-Consultorio particular 8.-Fundación mexicana para la salud mental. 9.-Consultorio privado.
36 37	Dependencia	32	00.-Sin trabajo institucional. 01.-Secretaria de Salud. 02.-Secretaria de Educación Publica. 03.-Secretaria de Gobernación. 04.-Secretaria de la Defensa Nacional. 05.-Departamento del Distrito Federal. 06.-I.M:S:S: 07.-I.S.S..S.T.E. 08.-D.I.F. 09.-C.I.J. 10.-U.N.A.M. 11.-Institucion particular. 12.-Institución privada. 13.-U.A.M.

38	Ingreso al trabajo	33	0.-Sin trabajo Institucional. 1.-1958-1964 2.-1964-1970 3.-1970-1976 4.-1976-1982 5.-1982-1988 6.-1988-1994.
39	Años en el empleo	34	0.-Sin empleo institucional. 1.-Menos de un 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 21 años. 7.-M.as de 21 años.
40	Actividad que realiza	35	0.-No contesto. 1.-Psicodiagnóstico. 2.-Psicoterapia individual. 3.-Psicoterapia de grupo. 4.-Terapia familiar. 5.-Investigación. 6.-Dos actividades. 7.-Tres actividades 8.-Cuatro actividades..
41	No.de horas por Semana	36	0.-Sin empleo institucional. 1.-de 15 a 20 hrs. 2.-De 21 a 30 hrs. 3.-De 31 a 40 hrs.
42	Sueldo mensual (\$16.30 diarios) (\$489.00 mensuales) enero de 1995	37	0.-Sin sueldo institucional 1.-Dos salarios mínimos (978.00) 2.-entre 3 y 4 S.M.(1467 y 1956) 3.-Entre 5 y 6 S.M. (\$ 2445 y 2934) 4.-En tre 7 y 8 S.M. (\$3423 y 3912) 5.-Entre 9 y 10 S.M. (\$4401 Y 4890) 6.-Entre 11 y 13 S.M.(\$5379 y 6357) 7.-Entre 14 y 16 S.M. (\$6846 Y 7824) 8.-Entre 17 Y 19 S.M.(\$8313 y 9291) 9.-de 20 o más Salarios mínimos.
43	Trabajo particular	38	1.-Sí 2.-No.
44	No de horas semana	39	0.-No trabaja 1.-de 5 a 10 horas. 2.-De 11 a 15 hrs.

			3.-De 16 a 20 hrs. 4.-De 21 a 30 hrs. 5.-De 31 a 40 hrs.
45	Ingreso mensual Particular	40	0.-Sin ingresos particulares. 1.-Dos salarios 2.- 3 y 4 s.m. 3.-5 y 6 S.M. 4.-7 y 8 S.M. 5.-9 y 10 S.M. 6.-11 y 13 S.M. 7.-14 y 16 S.M. 8.-17 y 19 S.M. 9.-20 o más S.M.
46	año de inicio de Practica privada	41	0.-Sin practica privada. 1.-1958-1964. 2.-1964-1970 3.-1970-1976 4.-1976-1982 5.-1982-1988 6.-1988-1994
47	Años de practica	42	0.-Sin práctica privada. 1.-Menos de un año. 2.-Entre 1 y 4 años. 3.-Entre 5 y 8 años. 4.-Entre 9 y 12 años. 5.-Entre 13 y 16 años. 6.-Entre 17 y 20 años. 7.-20 años o más.
48	Función que desempeña.	43	0.-Sin función. 1.-Psicodiagnóstico. 2.-Psicoterapia individual. 3.-Psicoterapia de grupo. 4.-Terapia familiar. 5.-Dos opciones. 6.-Tres opciones. 7.-Cuatro opciones.
49	Su trabajo lo realiza con	44	1.-Niños. 2.-Adolescentes 3.-Adultos 4.-Ancianos. 5.-Dos etapas del desarrollo 6.-Tres etapas del desarrollo
50	De nivel socio Económico INSTITUCIONAL.	45	0.-No contesto. 1.-Bajo 2.-Medio 3.-Alto 4.-Dos opciones.
51	De nivel socio Económico	46	no trabaja. 1.-Bajo.

	PARTICULAR		
			2.-Medio 3.-Alto. 4.-Dos niveles.
52 (1)	La licenciatura lo capacito en terapia.	47	0.-No contesto. 1.-Si 2.-No.
53 (2)	Cuales materias. (teoría)	48	0.-No contesto. 1.-Ninguna 2.-Bases teóricas. 3.-Proceso Salud enfermedad mental. 4.-Diagnostico. 5.-Intervención 6.-Dos bloques. 7.-Tres bloques. 8.-Otro sistema.
54 (3)	Cuales materias (práctica)	49	0.-No contesto. 1.-Ninguna 2.-Bases teóricas. 3.-Proceso salud-enfermedad mental. 4.-Diagnostico 5.-Intervención. 6.-Dos bloques. 7.-Tres bloques. 8.-Otro sistema.
55 (5)	Como formar	50	0.-No contesto. 1.-No estoy de acuerdo que la lic.de técnicas de intervención. 2.-Práctica clínica. 3.-La teoría y falta de práctica. 4.-Supervisión. 5.-Contratar personal calificado. 6.-Bosquejo de las teorías de psicoterapia. 7.-Más práctica y supervisión. 8.-No hay suficiente tiempo 9.-Quitar materias de experimental.
56 (6)	Formación de psicolo go para el manejo de técnicas de psicoterapia	51	0.-No contesto. 1.-Apoyo 2.-Reeducativas. 3.-reconstructivas. 4.-Dos aproximaciones.
57	Adquisición de cono Cimientos.	52	0.-No contesto. 1.-Licenciatura. 2.-Trabajo. 3.-Cursos particulares. 4.-Especialidad. 5.-Maestría. 6.-Dos opciones 7.-1*2*3.
58	Corriente teórica.	53	0.-No contesto. 1.-Psicoanálisis.



			2.-Conductual. 3.-Humanista. 4.-Sistemica. 5.-Ecléctica. 6.-Dos corrientes.
59 (7)	Aplica en forma rutinaria.	54	0.-No aplica. 1.-Apoyo 2.-Reeducativa. 3.-Reconstructiva. 4.-Ecléctica. 5.-Terapia de juego. 6.-Terapia sistematica. 7.-Dos opciones. 8.-No contesto.
60 (8)	Encuadre.	55	1.-Solo 2.-Equipo 3.-Ambas formas.
61 (9)	Duración sesión individual(INSTITUCIONAL)	56	0.-No trabaja. 1.-50 minutos. 2.-60 minutos. 3.-90 minutos. 4.-Otra duración.
62 9B	Duración sesión Individual PRIVADA.	57	0.-No trabaja. 1.-50 minutos. 2.-60 minutos 3.-90 minutos. 4.-Otra duración
63 (10)	Duración sesión de grupo INST.	58	0.-No trabaja. 1.-50 min. 2.-60 min. 3.-90 min. 4.-Otra duración.
64 (10B)	Duración de sesión de grupo.PARTICULAR	59	0.-No trabaja. 1.-50 min. 2.-60 min. 3.-90 min. 4.-Otra duración.
65 (11)	No.de sesiones a la Semana INSTITUCION	60	0.-No trabaja. 1.-1 sesión 2.-2 sesiones. 3.-4 sesiones. 4.-Otro numero.
66 (11)	No de sesiones a la semana PARTICULAR	61	0.-No trabaja.. 1.-1 SESIÓN. 2.-2 SESIONES. 3.-4 sesiones. 4.-Otra duración
67	Tipo de tratamiento	62	0.-No trabaja

- (12) INSTITUCIONAL. 1.-Terapia de apoyo.  
2.-Terapia de insight con metas reeducativas.  
3.- " " " " reestructurativas.  
4.-Dos tipos de aproximación.  
5.-Tres tipos de aproximación.
- 68 Tipo de tratamiento 63 0.-No trabaja.  
(12) PRIVADO. 1.-Terapia de apoyo.  
2.-Terapia de insight con metas reeducativas.  
3.-Terapia de insight con metas reestructurativas.  
4.-Dos tipos de aproximación.  
5.-Tres tipos de aproximación.
- 69 Concepto de ser humano 64 0.-No contesta.  
(13) 1.-Psicoanálisis.  
2.-Humanismo.  
3.-Conductual.  
4.-Otro.  
5.-Eclectico.
- 70 Tipo de tratamiento 65 0.-No trabaja.  
(14) 1.-Breve.  
2.-A tiempo limitado con objetivos específicos.  
3.-Largo.  
4.-Segun el caso.
- 71 Duración de tratamiento 66 0.-No trabaja.  
(15) INSTITUCIONAL. 1.-Variable.  
2.-15 a 20 sesiones  
3.-21 a 50 entrevistas.  
4.-51 a 100 entrevistas.  
5.-101 a 150 entrevistas.  
6.-No contesta.  
7.-151 a 200 entrevistas.  
8.-200 a 250 entrevistas.  
9.-251 a 300 entrevistas.
- 72 Duración de tratamiento 67 0.-No trabaja.  
(15) PRIVADO. 1.-Variable.  
2.-15 a 20 entrevistas.  
3.-21 a 50 entrevistas.  
4.-51 a 100 entrevistas.  
5.-101 a 150 entrevistas.  
6.-No contesta.  
7.-151 a 200 entrevistas.  
8.-201 a 250 entrevistas.  
9.-251 a 300 entrevistas.
- 73 Su técnica se aplica a 68 0.-No se aplica.  
(16) INSTITUCION. 1.-Neuroticos..  
2.-Psicoticos.  
3.-Trastornos de carácter.  
4.-Problemas de aprendizaje.  
5.-Otro tipo de problemas.  
6.-Todo tipo de problemas.  
7.-1 + 3 + 4

			8.- 1 + 3
			9.- 3 + 4
74 (16)	Se técnica se aplica a PRIVADO.	69	0.-No se aplica. 1.-Neuroticos. 2.-Psicoticos. 3.-Trastornos de carácter. 4.-Problemas de aprendizaje. 5.-Otro tipo. 6.-Todo tipo de problemas.
75 (17)	Las metas son estable blecidas. INSTITUCION.	70	0.-No trabaja. 1.-El psicólogo. 2.-El usuario.. 3.-Común acuerdo.
76 (17)	Las metas son estable cidas. PRIVADA.	71	0.-No trabaja. 1.-El psicólogo. 2.-El usuario. 3.-Comun acuerdo
77 (18)	La terminación de tratamiento es fijada por INSTITUCION.	72	0.-No trabaja. 1.-El psicólogo. 2.-El usuario. 3.-Común acuerdo.
78 (18)	La terminación de tratamientos fijada por PRIVADA.	73	0.-No trabaja. 1.-El psicólogo. 2.-El usuario. 3.-Común acuerdo.
79 (19)	Toma detallada de historia. INSTITUCIONAL.	74	0.-No trabaja. 1.-Frecuentemente. 2.-Ocasionalmente 3.-Nunca.
80 (19)	Toma detalla de historia. PRIVADO.	75	0.-No trabaja. 1.-Frecuentemente. 2.-Ocasionalmente. 3.-Nunca.
81 (20)	Conceptos teóricos	76	0.-No contesto. 1.-Psicoanálisis. 2.-Conductual. 3.-Humanista. 4.-Sistenico. 5.-Eclectico. 6.-2 aproximaciones.
82 (21)	El tratamiento se enfoca sobre.	77	0.-No contesto. 1.-Apoyo y reeducativo. 2.-Humanista. 3.-Psicoanálisis. 4.-Sistemico.

			5.-Eeectico.
83 (22)	Actividad técnica du	78	1.-Terapia de apoyo. 2.-Psicoanálisis. 3.-Humanismo. 4.-Otro 5.-Eeectico.
84 (23)	Relación terapeuta usuario.	79	1.-Conductual. 2.-Psicoanálisis. 3.-Apoyo 4.-Reeducativa. 5.-Ecléctica.
85 (24)	La transferencia en el tratamiento	80	1.-Apoyo 2.-Conductual. 3.-Psicoanálisis. 4.-Humanismo 5.-Eeectico.
86	Material onírico.	81	1.-Conductual. 2.-Psicoanálisis ortodoxo. 3.-Humanismo.
87 (26)	Formación academi ca para ejercer psicoterapia	82	1.-Licenciatura. 2.-Especialidad. 3.-Maestría. 4.-Otro. 5.-1+2. 6.-2 + 3
88 (27)	Interpretación.	83	1.-Conductual. 2.-Psicaonálisis. 3.-Humanismo 4.-Subsistemas. 5.-Ecléctica.
89 (28)	Supervisión.	84	1.-Si 2.-No. 3.-Según el caso.
90 (29)	A tenido supervi sión.	85	1.-Si 2.-No
91	Quien lo superviso	86	0.-No lo han supervisado. 1.-Psiquiatra. 2.-Psicoanalista. 3.-Psicologo. 4.-2 mas 3 5.-Terapeuta familiar.
92.-A	realizado supervisión		1.-Si 2.-No

93.-Considera que deba estar en psicoterapia

- 1.-Si  
2.-No
- 94.-Ha estado en psicoterapia.  
1.-Si  
2.-No-
- 95.-En donde  
0.-No ha estado.  
1.-Institución.  
2.-Particular.  
3.-Ambas.
- 96.-Quien lo trato.  
0.-No ha estado.  
1.-Psiquiatra.  
2.-Psicoalista,  
3.-Psicologo.  
4.-Varios.
- 97.-De orientación teorica.  
1.-Freud S.  
2.-Fromm E.  
3.-2 Opc.  
4.-Sistemico.  
5.-Lacan.  
6.-Klein.  
7.-Rogers.  
8.-Gestalt.  
9.-Eclectico.
- 98.-Duración del tratamiento.  
0.-Sin Trat.  
1.-30 sesiones.  
2.-50 sesiones.  
3.-100 sesiones.  
4.-150 sesiones.  
5.-200 sesiones.  
6.-300 sesiones.  
7.-400 sesiones.  
8.-500 sesiones.  
9.-1,000 sesiones..