

Niveles de cuidado en salud mental, experiencia y actuar profesional: Un estudio preliminar mexicano

Levels of care in mental health, experience, and professional performance a preliminary Mexican study

Jesua Iván Guzmán-González ^a

Abstract:

Introduction: Clinical psychology is a branch of psychology in charge of providing consultancy to people with problems that compromise their quality of life. The literature has suggested a series of crucial elements to carry out the psychological discipline professionally, including the learned approach, years of professionalization, professional experience, and systematized clinical methodologies based on scientific evidence. That status in Mexico is unknown. **Objectives:** Relate the years of professionalization with the number and variety of problems attended. Explore the differences that exist in psychologists' perception of psychological care. Clarify if specific approaches are responsible for addressing different clinical problems around severity. **Method:** A survey was conducted in the National Federation of Schools, Societies and Associations of Psychologists of Mexico, A.C. (FENAPSIME) with an instrument to determine the current state of practice in psychology **Results:** There were significant differences ($< .05$) regarding the number and severity of problems addressed according to the educational level and focus of the participants. **Conclusion:** Different associations and universities are encouraged to take up the points described by professionals as the first line of defense for the professionalization of psychology.

Keywords:

Professionalization; Ethics; Clinical practice; Clinical psychology

Resumen:

Introducción: La psicología clínica es una rama de la psicología encargada de brindar consultoría a personas con problemáticas que comprometen su calidad de vida. La literatura ha sugerido una serie de elementos cruciales para desempeñar de manera profesional la disciplina psicológica, entre ellos el enfoque aprendido, los años de profesionalización, la experiencia profesional y las metodológicas clínicas sistematizadas con base en la evidencia científica. Se desconoce ese estatus en México. **Objetivos:** Relacionar los años de profesionalización con la cantidad y variedad de problemas atendidos. Explorar las diferencias que existen en la percepción de la atención psicológica por parte de psicólogos. Esclarecer si existen enfoques en específico que se encarguen de atender distintos problemas clínicos en torno a la severidad. **Método:** Se realizó una encuesta en la Federación Nacional De Colegios, Sociedades Y Asociaciones De Psicólogos De México, A.C. (FENAPSIME) con un instrumento para determinar el estado actual de la práctica en psicología **Resultados:** Existieron diferencias significativas ($< .05$) respecto a la cantidad y severidad de problemáticas atendidas según el nivel educativo y enfoque de los participantes. **Conclusión:** Se motiva a diferencias asociaciones y universidades a retomar los puntos descritos por los profesionales como una primera línea de defensa para la profesionalización de la psicología.

Palabras Clave:

Profesionalización; Ética; Práctica clínica; Psicología Clínica

Introducción

Según la Asociación Psicológica Americana (APA), la psicología clínica brinda atención a la salud mental de manera continua e integral para individuos y familias. De igual forma consulta agencias y comunidades, entrena,

educa y supervisa, además de ser una práctica basada en la investigación y la evidencia. Es una especialidad en amplitud, que incluye casos severos donde es evidente la presencia de psicopatología severa, y está marcada por la integración del conocimiento y la habilidad de una gama de disciplinas dentro y fuera de la psicología propiamente

^aAutor de Correspondencia: Secretaría de investigación de la Asociación Mexicana de Psicólogas y Psicólogos, A.C., <https://orcid.org/0000-0002-0043-4365>, Email: coordinacion@ampcytec.com

Fecha de recepción: 19/04/2022, Fecha de aceptación: 26/04/2022, Fecha de publicación: 05/07/2022



dicha (American Psychological Association, 2020). Se encuentra en constante reflexión, actualización y renovación como disciplina y profesión, además, es un campo heterogéneo compuesto por múltiples enfoques terapéuticos y procedimientos. Una de las labores del psicólogo clínico es promover la salud mental además de llevar a cabo intervenciones con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas, incluidas aquellas que sufren de algún trastorno mental o físico (Sánchez, 2008).

La división 12 de la APA tiene la práctica de explorar y entender a sus miembros con el fin de entender las características de la profesión en la sociedad. En 1960, Kelly (1961) reportó por primera vez la situación de los psicólogos clínicos con sus características y quehaceres profesionales y sus resultados fueron decisivos para la toma de decisiones de la APA. El último trabajo publicado al respecto se llevó a cabo bajo la dirección de Norcross y colaboradores (2005), donde los resultados revelaron una tendencia de los psicólogos clínicos dedicándose a la entrevista clínica, al análisis conductual, a la evaluación cognitiva, a la evaluación de personalidad y a la evaluación neuropsicológica con relativa estabilidad desde 1986 hasta el 2003. Además, revelaron el porcentaje de psicólogos que se encontraban según si trabajaban en un hospital, una universidad o si eran practicantes independientes, sugiriendo que la psicoterapia y la evaluación eran actividades frecuentes en los tres grupos y que en general el formato de la psicoterapia era predominantemente individual y se ha mantenido con bastante estabilidad desde 1981 hasta el 2003. Sin embargo, no se conceptualizan la cantidad de actividades realizadas o bien el nivel de dificultad que estas representan, ya que dependiendo de la profundidad y diagnóstico de la patología algunos tratamientos suelen ser ineficaces (James, 2015) y parece que es importante que se estimule la práctica de diálogo entre psicólogos clínicos para proponer alternativas para casos complicados (Hoch, 1966), donde la derivación de pacientes a colegas profesionales especializados podría ser una posible solución.

Por otro lado, parece ser que la literatura sugiere realizar investigación al respecto del perfil del psicólogo clínico, por lo que aspectos básicos relacionado a las características del profesional, sus conceptualizaciones y su enfoque son relevantes para una práctica más reflexiva (Sapyta et al., 2005), no obstante, de nuestro conocimiento no existe hasta el momento ningún artículo que haya realizado ese esfuerzo en México por lo que se desconocen aspectos de la práctica clínica y el actuar ético de los profesionales. Dentro de los pocos indicadores, anteriormente ya se había reportado que el mejor predictor de una buena práctica profesional estaba más relacionada a la experiencia del clínico y se habían recomendado aspectos tales como reuniones clínicas y

supervisión más que una enseñanza teórica (Clark et al., 2000; Garb, 1989) este ha sido un consenso apoyado en al menos los últimos años (Falender et al., 2004; O'Donovan et al., 2011).

En nuestro país, la psicología es relativamente nueva. Los inicios de la psicología en México datan del año 1896 cuando Ezequiel Chávez crea el primer curso de psicología en la Escuela Nacional Preparatoria, y para el año 1959 se creó la primera licenciatura en psicología en la Universidad Autónoma Nacional de México teniendo vinculación con psicólogos de la Universidad de Texas y con el apoyo de Rogelio Díaz Guerrero (Sánchez, 2008). Posteriormente, se desarrolló la psicología clínica mexicana, que es la especialidad en psicología donde se aplican los conocimientos y técnicas para la gestión del comportamiento, ya sea típico o anómalo, con el fin de lograr establecer una línea base, identificar una problemática y realizar un tratamiento. En general para poder solucionar un problema o prevenirlo (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003)

En México, aún no se ha aplicado del todo dicho consenso y si bien en la mayoría de los programas de educación de psicología se puede acceder a prácticas profesionales durante algunos semestres, se desconoce si es suficiente para tener un impacto en la formación de experiencia. Por ello, la presente investigación tiene varios objetivos: relacionar los años de profesionalización con la cantidad y variedad de problemas atendidos. Explorar las diferencias que existen en la percepción de la atención psicológica por parte de psicólogos. Esclarecer si existen enfoques en específico que se encarguen de atender distintos problemas clínicos en torno a la severidad. Por lo tanto, la pregunta de investigación es la siguiente: ¿Los años de profesionalización se relacionan con la cantidad y variedad de problemas atendidos? ¿Existen diferencias en la percepción de la atención psicológica por parte de psicólogos? ¿Existe algún enfoque en específico que se encargue de atender distintos problemas clínicos?

Método

Participaron un total de 260 profesionales de las regiones norte, sursuroeste y centro a través de una convocatoria de la federación nacional de colegios, sociedades y asociaciones de psicólogos de México, A.C. (FENAPSIME), además, podían participar los miembros de cualquier rango (aspirante o titular) de sus respectivos colegios. Los criterios de inclusión fueron: a) pertenecer a un colegio asociado a la FENAPSIME, b) residir en México y c) realizar una práctica clínica profesional. Se excluyó a un participante por no tener la licenciatura en psicología, aunque él se consideraba así mismo psicólogo.

Instrumento

Para poder determinar el estado actual de la práctica profesional de la psicología de los agremiados en México, la División profesional de Innovación y Desarrollo en Psicología del Colegio de Profesionales de la Psicología de Jalisco (Guadalajara, Jalisco) en coordinación con la secretaría de investigación AMEPSI desarrolló una encuesta a partir de la literatura a fin. A partir de ello, se identificaron áreas de intereses comunes. Posteriormente, se envió la encuesta a profesionales del colegio para que hicieran revisión y correcciones que determinaran prudentes para un buen sondeo. Una vez que se incorporaron los comentarios, la encuesta final se integró de 29 preguntas relacionadas a la práctica, formación y especialización de la psicología. Las primeras cuatro preguntas se relacionan a datos sociodemográficos y formación académica. Las posteriores 9 preguntas con respecto a la profesionalización en la atención profesional, las restantes 13 con respecto al tipo de atención, aspectos éticos y la forma de esta al público, que se usarán en otra publicación dado los alcances del presente trabajo.

Procedimiento

Una vez que la encuesta fue aprobada por el colegio de psicólogos de Jalisco, se realizó una solicitud al comité directivo de la FENAPSIME para la difusión de la encuesta a sus profesionales, explicando el objetivo de la encuesta, duración y a quien iba dirigida. La difusión de la encuesta se llevó a cabo mediante el envío de correo electrónico y redes sociales a los miembros activos de los distintos colegios. La recopilación se realizó del 13 de enero del 2019 al 31 de diciembre de 2019.

Categorización

Se dividió por grupos de acuerdo con los años de experiencia clínica: menos 5 años laborando estarían en el grupo A, los que tenían entre 5 a 10 años en el grupo B, entre 10 y 20 años grupo C y por último los que tenían más de 20 años grupo D.

Procesamiento estadístico

Los resultados se analizaron en el software JAMOV (2020). Se utilizó el estadístico de la χ^2 con corrección de continuidad cuando los datos tenían datos ordinales y la V de Cramer para determinar el grado de asociación de las categorías.

Resultados

La muestra final estuvo conformada por 259 participantes de los cuales 4 (1.5%) tuvieron un grado de estudiante, 87 (32.3%) grado de licenciatura, 44 (16.4%) licenciatura más algún diplomado, 118 grado de maestría (43.9%), y 16

(5.9%) con un grado de doctorado. En cuanto a los años de experiencia un total de 99 (36.8%) tenían menos 5 años laborando, 71 (26.4%) tenían entre 5 a 10 años, 61 (22.7%) entre 10 y 20 años y por último 38 (14.1%) tenían más de 20 años. De la región Norte compuesta por Sinaloa, Baja California, Coahuila, Nuevo León, Baja California Sur, Chihuahua, Tamaulipas y Sonora participaron 102 (37.9%). De la región Sursuroeste compuesta por Chiapas, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Puebla, Guerrero, Hidalgo, Morelos y la Ciudad de México participaron un total de 34 (12.6%). Por último, la región Centro compuesta por Jalisco, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Aguascalientes, Querétaro y Colima participaron con 133 (49.4%) de la muestra. La edad promedio fue de 36.8 ($\sigma = 11.3$). Además, 182 de estas participaciones fueron de psicólogas (70.3%) y los restantes 74 (28.6%) fueron psicólogos, el 1.2% prefirió no decir su expresión de género. En cuanto a la educación pueden observarse las características en la tabla 1.

Tabla 1

Frecuencias de años de estudios de la muestra

Nivel de estudios	f	%
Licenciatura	85	32.8 %
Diplomado + Licenciatura	44	17.0 %
Maestría	114	44.0 %
Doctorado	16	6.2 %

Enfoque terapéutico y atención clínica

Se encontró que un total de 168 (62.5%) participantes utilizaban más de un enfoque justificando ser dependiente de la problemática, el restante 101 (37.5%) participantes refirió que no debe de haber combinaciones de enfoques durante la práctica clínica. De hecho, 129 (48%) de los participantes están a favor de las terapias integrativas mientras que 81 (30.1%) están en contra. Los restantes 59 (21.9%) no tienen una opinión definitiva. Los participantes más jóvenes no se consideran así mismos eclécticos mientras que los más mayores si se identifican con el multi uso de enfoques. En cuanto a la cuestión sobre como denominar a la persona que asiste a proceso terapéutico 150 (55.8%) piensan que debería llamarse paciente, 9 (3.3%) usuario, 68 (25.3%) consultante, 15 (5.6%) cliente, 2 (0.4%) persona y aprendiz 1 (0.4). Los restantes 24 (8.9%) piensan que puede ser una u otra denominación dependiendo de la severidad del motivo de consulta. El 54.4% de los psicólogos hacen evaluación para determinar el motivo de consulta, el restante no lo considera necesario o simplemente no realiza dicha evaluación y el 76% no realiza diagnóstico diferencial. El enfoque base de los participantes tiene ciertas agrupaciones, del total de participantes 138 (51.3%) fueron cognitivo conductuales (TCC), 45 (16.7) sistémicos familiares, 37 (13.8%) gestálticos humanistas, 24 (8.9%)

psicoanalistas, 13 (4.8%) neuropsicólogos, 5 (1.9%) analistas conductuales, 5 (1.9%) eclécticos y 2 (0.7%) psicosociales. Un 76.6% no realizan combinaciones de enfoques, pero el restante 23.4% refiere utilizar más de un enfoque en las intervenciones. Los 49 (81.8%) cognitivos conductuales combinaron 16 (32.7%) con el sistémico familiar, 13 (26.5%) con el gestáltico-humanista, 10 (20.4%) con neuropsicología, 5 (10.2%) con análisis conductual aplicado y 5 (10.2%) con psicoanálisis.

atender ese tipo de problemáticas. En la atención a problemáticas moderadas 106 (39.4%) mencionó atender principalmente trastornos de ansiedad, 77 (28.6%) trastornos de la personalidad, 9 (3.3%) atención al paciente con enfermedad crónica, 8 (3%) al trastorno de depresivo mayor y 69 (25.7%) no suele atender estas problemáticas. Para las problemáticas severas 47 (17.5%) mencionaron atender trastornos del neurodesarrollo. 28 (10.4%) trastornos psicóticos agudos, 26 (9.7%) lesiones cerebrales y 7 (2.6%) trastornos psicóticos. Los restantes 161 (59.9%) refirieron no atender estas problemáticas. Es importante aclarar que todos los participantes que refirieron atender estas problemáticas tenían más de una combinación de enfoque en su atención.

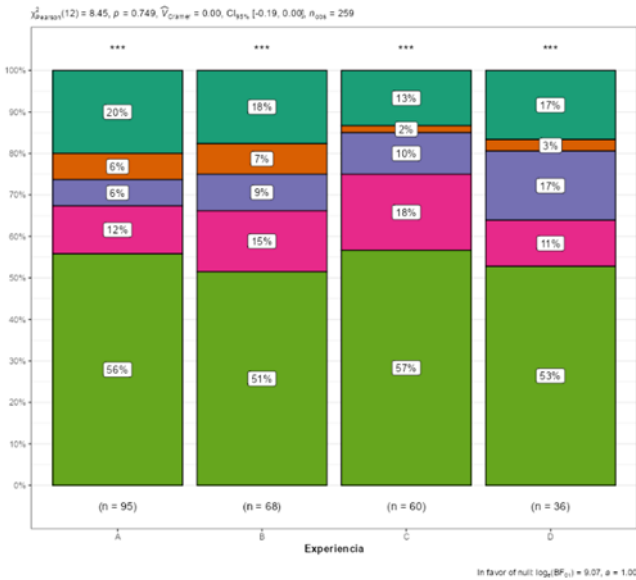


Figura 1. Composición de los participantes según enfoque y experiencia clínica. En el siguiente orden de abajo hacia arriba se observa el verde el enfoque cognitivo-conductual, después, el gestáltico humanista, seguido del psicoanálisis, luego la neuropsicología y al final sistémico familiar.

Cabe aclarar que un 50% pusieron como tercera opción a la neuropsicología como el enfoque más popular para complementar su práctica clínica. El sistémico familiar 4 (100%) combinaron todos con gestáltico-humanistas. Los 9 psicoanalistas utilizaron 5 (55.6%) el sistémico familiar, 3 (33.3%) el gestáltico-humanista y 1 (11.1%) el análisis conductual aplicado. Los restantes 206 (76.6%), no combinaron con ningún enfoque.

Atención profesional

En cuanto al tipo de atención, se puede observar un resumen organizado por enfoque y nivel de atención profesional en la tabla 1 (Anexo). Dentro de la atención a problemáticas cotidianas 28 (10.4%) refirieron enfocarse en dificultades personales como frustración, rupturas y decepciones. Un total de 125 (46.5%) participantes se enfocaron en discusiones familiares relacionadas a divorcios y violencia familiar. Por otro lado, 44 (16.4%) participantes se enfocaron dificultades sociales variadas, en cuanto a la atención a cuidadores primarios fueron 14 (4.8%) y 13 (4.8%) se dedican a dificultades educativas de toda índole. Los restantes 45 (16.7%) mencionaron no

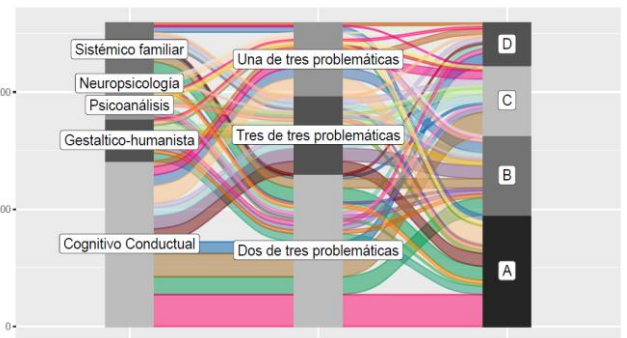


Figura 2. Gráfico aluvial entre el enfoque, cantidad de problemáticas atendidas y la experiencia de los participantes. El número de fluencia es de 51 con una reducción del 19.7% y un peso máximo individual de 10.4%. En la primera parte se encuentran los enfoques participantes, en el segundo la cantidad de problemáticas que atienden en la clínica y en el tercero la categoría de experiencia definida previamente en metodología. Las pruebas estadísticas no muestran tendencias claras ($p < .05$)

Profesionalización y ética

Al respecto de la experiencia y el número de condiciones tratadas no parece existir una asociación al respecto ($\chi^2 = 6.189$; $gl = 6$; $p = .402$) o el enfoque ($\chi^2 = 6.641$; $gl = 8$; $p = .576$), no obstante, al respecto de la preparación si existieron diferencias significativas ($\chi^2 = 17.277$; $gl = 6$; $p = .008$) con una tendencia de la escolaridad de maestría por atender mayor cantidad de problemáticas ya que parece asociarse mayor experiencia con una mayor escolaridad ($\chi^2 = 59.741$; $gl = 9$; $p = .001$) resaltando el enfoque cognitivo conductual con una mayor proporción (.544) de preparación ($\chi^2 = 203$; $gl = 4$; $p = .001$)

En cuanto al problema ético que debería tener prioridad en la formación de nuevos profesionales, los participantes refirieron que la formación profesional era uno de los problemas más grandes (64.7%), seguido de la confidencialidad (14.5%) y la búsqueda de beneficio económico (8.6%). Las restantes categorías fueron: Pseudo terapias (1.5%), Contacto sexual con pacientes/alumnos (7.4%), práctica incongruente, imposición de valores morales/religiosos (1.1%) y regulación de ejercicio profesional (1.1%).

En cuanto a la psicología basada en evidencia, 198 (73.6%) de los participantes considera que su práctica está basada en evidencia. De los restantes 53 (19.7%) no están seguros de que sea así y 19 (6.7%) saben que no lo está. De hecho, 189 (70.3%) de los participantes consideran que las terapias alternativas no deben de pertenecer a la psicología, 37 (13.8%) consideran que estas son igual de válidas que cualquier enfoque y los restantes 43 (16%) no están seguros de que deban o no pertenecer. Por otro lado, de los 269, 264 (98.1%) mencionó que el trabajo multidisciplinario con otras ramas de la salud es importante, los 5 (1.9%) restantes mencionan que tal vez reconocerían a otras disciplinas en su trabajo. De los encuestados 263 (97.8%) piensa que la psicología debe de pertenecer a ciencias de la salud, mientras que 4 (1.5%) piensa que no, los restantes 2 (0.7%) no sabría donde categorizarla.

De hecho, 152 (56.5%) considera que el modelo biomédico apoya a la psicología con sus conocimientos, no obstante, 45 (16.7%) piensa que no debería ser así y 72 (26.8%) no saben si es beneficioso o no. En cuanto a esa cuestión, 187 (69.5%) participantes consideran que la biomedicina no es un peligro para la psicología, no obstante, 23 (8.6%) si considera riesgoso incluir conocimientos de la biomédica a la psicología, los restantes 59 (21.9%) no tienen una opinión definida. Consecuentemente, de los participantes, 214 (79.6%) considera que la psicología pertenece a las ciencias sociológicas, 18 (6.7%) consideran que no es así, mientras que los restantes 37 (13.8%) no saben en donde categorizarla.

Discusión

La investigación tuvo tres preguntas de investigación resueltas gracias al estudio. La primera de ellas se enfocó en asociar los años de profesionalización con la cantidad de y variedad de problemas atendidos en un entorno clínico. Al respecto, los datos sugirieron que los años de preparación ni los de experiencia se asociaron a una mayor cantidad de problemáticas atendidas de mayor severidad, no obstante, se observó la presencia del enfoque cognitiva conductual en muchos aspectos, parece ser que la psicoterapia cognitiva conductual tiene una mayor presencia en las problemáticas más severas con pacientes más resistentes. El probable que esta tendencia se encuentre de esa manera por dos situaciones: A) la composición de los participantes con enfoque TCC tiene una presencia en la muestra, especialmente en profesionales jóvenes; B) La TCC a diferencia de otros enfoques cuenta con manuales sistematizados y evidencia tanto de ciencia clínica como básica que le permite entender con mayor fineza los

fenómenos equilibrando lo más posible entre la experiencia del profesional y la teoría en la cual se está basando (Labrador & Créspe-López, 2012).

Por otro lado, al respecto de las problemáticas atendidas por los y las profesionales se encontró que más del 50% consideraba prudente modificar el enfoque utilizado para la atención de la persona que llegaba al consultorio dependiendo del motivo de la consulta, pero no realizaban combinaciones de enfoque dentro de un mismo sujeto en la consulta. Esto es relevante para la práctica clínica en tanto que en por lo menos los últimos 20 años se ha presionado a las teorías para que se realice una teoría integradora de la psicología (Tryon, 2014b), el 48% sostuvo que sería importante desarrollar dicha teoría integradora, y de hecho, existen autores que argumentan que los principios integrativos de la conducta tienen una base común denominadora, y que por lo tanto, el trabajo actual en la ciencia debería tomar dicho rumbo (Tryon, 2014a). Por otro lado, Norcross y colaboradores (2005) también encontraron una tendencia importante en incremento de los profesionales por adoptar teorías cognitivas e integrativas desde 1960 hasta el 2003, lo que sugiere que investigar el estado del arte de la clínica práctica actual en nuestro país, ya que los números son consistentes con la presenta investigación.

Con respecto a la percepción de la atención psicológica por parte de los psicólogos, se encontró que la denominación de la persona que asiste al proceso terapéutico la mayoría mostró una tendencia a denominarlo paciente por motivos de atención clínica, y si bien es cierto que en la consulta no necesariamente se atienden siempre conductas patológicas parece ser que esto podría ser dependiente del enfoque y no del problema, lo cual la literatura sugiere es un grave error, porque desde la perspectiva actual el hecho de que una conducta sea patológica depende del grado de inadaptabilidad del sujeto y no del marco teórico desde el cual se esté interpretando (Cook et al., 2018), adicionalmente, la mayoría de la literatura psicométrica y de evaluación sugiere que para evidenciar una conducta desadaptativa en criterios estadísticos debe tener al menos 1.5 medidas de dispersión por fuera de la tendencia central, esto con el fin de evitar falsos positivos o falsos negativos (Haslbeck et al., 2021). Situación que se discutirá en un futuro artículo.

Al respecto del tratamiento, se observó una tendencia importante de los enfoques que no categorizan patología por tratar problemáticas en sujetos visiblemente funcionales, conforme la severidad de la patología aumenta aparecen aquellos que si realizan diagnóstico y categorizan la alteración en patología. En un análisis cualitativo de los datos se pudo constatar que aquellos enfoques como lo fueron el gestáltico-humanista y el sistémico familiar derivan aquellos casos que

consideraban de mayor complejidad o resistencia al cambio, también se observó una tendencia importante del cognitivo conductual por atender patologías de mayor severidad como patología neurótica resistente o psicótica. Una posible respuesta a este fenómeno es que este enfoque ha tratado de basar su práctica en la evidencia y trata de estandarizar manuales de atención, lo cual le permite ejecutar prácticas con mayor efectividad según lo sugerido por Labrador (2012). Aclarando que no necesariamente esto representa una desventaja para otros enfoques, ya que parece ser que sus tratamientos y epistemología no contemplan a la patología necesariamente bajo su marco teórico.

La literatura ha sugerido que las reuniones clínicas y la supervisión de los profesionales aún y cuando ya están graduados suelen tener un mayor impacto en la experiencia profesional del clínico en comparación con la enseñanza teórica (Clark et al., 2000; Garb, 1989), en nuestro país eso no se lleva a cabo, ya que la supervisión se reduce a unos cuantos semestre dentro de la formación universitaria. Nuestros datos sugieren que aquellos sujetos que se encontraban más aptos para atender problemáticas de mayor severidad eran aquellos que se encontraban en programas de posgrados, por lo cual, se puede tomar como un indicador indirecto de supervisión, sin embargo, sería importante instigar a los mecanismos de la profesionalización a promover dicha práctica de supervisión por parte de personas más experimentadas.

Por otro lado, también es probable que este freno teórico y empírico de la práctica psicológica se debe a que los métodos estadísticos actuales no están hechos para disciplinas con muestras pequeñas, y en esencia, la psicología es una de ellas. Al respecto en el presente artículo consideramos importante alentar al trabajo científico por parte de los diversos enfoques con el fin de estimular el desarrollo teórico y técnico de la psicología, ya que como bien menciona Labrador (2012) cualquier enfoque podría ser basado en evidencia si se lo propusiera, contando con las herramientas científicas, tecnológicas y estadísticas necesarias. Para ello sugiero revisar contenido de ayuda metodológica y estadística con el fin de impulsar el desarrollo científico de la psicología que se encuentran en un artículo realizado previamente (Guzmán-González et al., 2019)

Por último, el presente trabajo es, de nuestro conocimiento, el único que ha hecho este sondeo a nivel nacional a través de la federación encargada de velar la práctica profesional de la psicología. Se pueden concluir con varios puntos importantes.

El primero de ellos está relacionado a los programas de estudio, ya que se evidencia una deficiencia en la evaluación del motivo de consulta de un sujeto que llega al consultorio.

El segundo, es menester promover y capacitar a los profesionales a realizar derivaciones de las problemáticas que se encuentran fuera de sus alcances profesionales con el fin de evitar un proceso iatrogénico en el sujeto que busca consulta.

Tercero, expandir a la presente línea de investigación en universidades y asociaciones profesionales con el fin de generar acuerdos al respecto de la práctica de la psicología clínica en nuestro país.

El cuarto, fomentar programas de supervisión profesional independientemente del grado académico (Licenciatura y superiores) con el fin de generar sociedades profesionales que permitan a los clínicos mantener una cantidad mayor de actualización y preparación.

El quinto, difundir técnicas estadísticas, metodológicas y tecnológicas que favorezcan la producción del conocimiento en términos de las ciencias de la conducta en México.

Referencias

- American Psychological Association. (2020). *Clinical Psychology*.
- Clark, R. A., Harden, S. L., & Johnson, W. B. (2000). Mentor Relationships in Clinical Psychology Doctoral Training: Results of a National Survey. *Teaching of Psychology*, 27(4), 262–268. https://doi.org/10.1207/S15328023TOP2704_04
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). *Psicología clínica y psiquiatría*. Papeles del Psicólogo, 24(85), 1–10.
- Cook, C. R., Davis, C., Brown, E. C., Locke, J., Ehrhart, M. G., Aarons, G. A., Larson, M., & Lyon, A. R. (2018). Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitudes Scale with school-based behavioral health consultants. *Implementation Science*, 13(1), 116. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0804-z>
- Falender, C. A., Cornish, J. A. E., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., Shafranske, E., Sigmon, S. T., Stoltenberg, C., & Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771–785. <https://doi.org/10.1002/jclp.20013>
- Garb, H. N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin*, 105(3), 387–396. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.105.3.387>
- Guzmán-González, J. I., Sánchez-García, F., Madera-Carrillo, H., & Medina-Aguayo, F. (2019). Propuesta de verificación de la robustez del análisis y comprobación de hipótesis en los resultados de estudios en neurociencia cognitiva, psicología y medicina. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 11(2).
- Haslbeck, J. M. B., Ryan, O., Robinaugh, D. J., Waldorp, L. J., & Borsboom, D. (2021). Modeling psychopathology: From data models to formal theories. *Psychological Methods*. <https://doi.org/10.1037/met000303>
- Hoch, E.L. (1966). Professional preparation of clinical psychologists. (Erasmus L. Hoch, A. O. Ross, & C. L. Winder (eds.) American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10537-000>
- James, L. (2015). Analyzing Client Statements to Identify Affective and Cognitive Resistance to New Health Information. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 2(2). <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2015.02.00067>
- Kelly, E. L. (1961). Clinical psychology—1960. Report of survey findings. Newsletter: Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association. *Journal of Clinical Psychology*, 17(Index), 1–7. https://archive.org/details/sim_journal-of-clinical-psychology_1961_17_index
- Labrador, F., & Créspeo-López, M. (2012). *Psicología científica basada en la evidencia*. Piramide.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1467–

1483. <https://doi.org/10.1002/jclp.20135>

- O'donovan, A., Halford, W. K., & Walters, B. (2011). Towards Best Practice Supervision of Clinical Psychology Trainees. *Australian Psychologist*, 46(2), 101–112. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.2011.00033.x>
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica. Manual moderno*.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 145–153. <https://doi.org/10.1002/jclp.20107>
- Tryon, W. W. (2014a). Core Network Principles. In *Cognitive Neuroscience and Psychotherapy* (pp. 125–222). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420071-5.00003-X>
- Tryon, W. W. (2014b). Introduction. In *Cognitive Neuroscience and Psychotherapy* (pp. 5–66). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420071-5.00001-6>

Anexo 1

Análisis multimodal de composición del tipo de atención ofrecido dependiendo del enfoque

	Cognitivo Conductual	Gestáltico-humanista	Psicoanálisis	Neuropsicología	Sistémico familiar	Prueba estadística
	(N=141)	(N=36)	(N=24)	(N=13)	(N=45)	
	(f% n/N)	(f% n/N)	(f% n/N)	(f% n/N)	(f% n/N)	
Problemáticas cotidianas						
No atiende este nivel	0.2 23/141	0.1 5/36	0.1 3/24	0.5 7/13	0.1 5/45	$\chi^2_{20}=32.01$ p=0.04
Cuidadores primarios	0.1 8/141	0.1 2/36	0.1 2/24	0.1 1/13	0.0 1/45	
Dificultades educativas	0.0 6/141	0.1 3/36	0.0 0/24	0.2 2/13	0.0 1/45	
Dificultades personales	0.1 18/141	0.1 2/36	0.2 5/24	0.0 0/13	0.1 3/45	
Dificultades sociales	0.2 24/141	0.2 7/36	0.1 3/24	0.0 0/13	0.2 7/45	
Discusiones familiares	0.4 62/141	0.5 17/36	0.5 11/24	0.2 3/13	0.6 28/45	
Problemáticas moderadas						
Trastorno de ansiedad	0.4 56/141	0.5 18/36	0.3 7/24	0.1 1/13	0.5 22/45	$\chi^2_{16}=39.96$ p= <0.01
Paciente crónico	0.0 4/141	0.0 0/36	0.1 2/24	0.2 3/13	0.0 0/45	
No atiende este nivel	0.3 37/141	0.2 9/36	0.0 1/24	0.4 5/13	0.2 10/45	
Trastorno depresivo mayor	0.0 5/141	0.0 0/36	0.1 2/24	0.1 1/13	0.0 0/45	
Trastornos de personalidad	0.3 39/141	0.2 9/36	0.5 12/24	0.2 3/13	0.3 13/45	
Problemáticas severas						
Trastornos psiquiátricos	0.1 14/141	0.1 2/36	0.2 6/24	0.0 0/13	0.1 6/45	$\chi^2_{16}=59.79$ P<0.01
Lesión cerebral	0.1 15/141	0.0 1/36	0.0 1/24	0.6 8/13	0.0 1/45	
Trastorno del desarrollo	0.2 31/141	0.2 7/36	0.1 2/24	0.2 3/13	0.1 4/45	
No atiende este nivel	0.5 77/141	0.7 25/36	0.6 15/24	0.2 2/13	0.7 33/45	
Trastorno psicótico crónico	0.0 4/141	0.0 1/36	0.0 0/24	0.0 0/13	0.0 1/45	