



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Elementos de evaluación preliminar para la elección de un  
psicólogo clínico: Una guía para usuarios

Reporte de investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Saira Marem Acuña Yunes

Directora: Mtra. Selene Domínguez Boer

Dictaminadores: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza

Mtra. Abigail Yaveth Rivera Velerdi



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 29 de mayo de 2020



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.

# ÍNDICE

<i>Resumen</i> .....	0
<i>Abstract</i> .....	0
<i>Introducción</i> .....	1
<b>1. Planteamiento del problema</b> .....	2
<b>2. Objetivo general de la investigación</b> .....	3
<b>3. Objetivos específicos</b> .....	4
<b>4. Desarrollo del tema</b> .....	5
<b>4.1 Antecedentes de la Psicología</b> .....	5
<b>4.2 Concepto de Psicología</b> .....	9
<b>4.3 Psicología clínica</b> .....	13
<b>4.4 Psiquiatra y Psicólogo Clínico</b> .....	18
<b>4.5 Tratamientos psicológicos</b> .....	20
<b>4.6 Tipos de tratamientos psicológicos:</b> .....	23
4.6.1 El modelo cognitivo-conductual.....	24
4.6.2 El modelo conductual.....	30
4.6.3 El modelo cognitivo.....	33
4.6.4 El modelo psicodinámico.....	37
4.6.5 El modelo humanista.....	41
4.6.6 El modelo sistémico.....	47
<b>4.7 Actividad profesional del psicólogo clínico</b> .....	52
<b>4.8 Formación del psicólogo clínico</b> .....	58
<b>4.9 Habilidades del psicólogo clínico</b> .....	63
<b>4.10 Principales herramientas del psicólogo clínico</b> .....	70
<b>4.11 Ética del psicólogo</b> .....	81
4.11.1 ¿Qué es el Código Ético del Psicólogo?.....	83
<b>4.12 Deontología psicológica</b> .....	86
<b>4.13 Evaluación de la eficacia de los tratamientos</b> .....	88
4.13.1 Tratamientos considerados eficaces.....	89
<b>4.14 Seguimiento</b> .....	99
<b>4.15 Lugares de intervención del Psicólogo Clínico</b> .....	103
<b>5. Lineamientos Generales para la Elección de un Psicólogo Clínico Efectivo</b> .....	105
<b>6. Conclusiones</b> .....	167
<b>Referencias</b> .....	170

## Resumen

La psicología clínica es un campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas de esta última al estudio del comportamiento anormal; tiene como principales objetivos: la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos. Para que el psicólogo clínico logre estos objetivos necesita conocimientos teórico-prácticos, herramientas, habilidades, aptitudes, principios éticos y deontológicos, así como el estudio de las principales corrientes psicológicas. En la actualidad, la población en general desconoce los fundamentos teóricos y lineamientos que debe seguir el psicólogo clínico relacionados al tratamiento psicológico, debido a esto, no logran identificar si su tratamiento está siendo correctamente desarrollado. Con base en el análisis realizado en el presente documento, se expone la importancia del desarrollo de una guía teórica para la población, específicamente para aquellos que buscan iniciar un tratamiento psicológico o que actualmente se encuentran en uno. Dicha guía busca orientar al lector para que cuente con los fundamentos necesarios que le permitan tomar una decisión personal y bien informada respecto a la elección del profesional que los va a asistir. Logrando con esto generar mayor conocimiento alrededor del quehacer psicológico clínico y, finalmente, alcanzar tratamientos más eficaces y efectivos.

**Palabras clave:** psicología clínica, tratamiento psicológico, psicólogo clínico, guía teórica, orientación psicológica.

## Abstract

Clinical psychology is a specialized field of psychology that applies the latter's knowledge and techniques to the study of abnormal behavior; its main objectives are evaluation, diagnosis, treatment and research in the field of psychological disorders. For the clinical psychologist to achieve these objectives, he/she needs theoretical-practical knowledge, tools, abilities, aptitudes, ethical and deontological principles, as well as the study of the main psychological currents. Currently, the general population is unaware of the theoretical foundations and guidelines that the clinical psychologist must follow related to psychological treatment, due to this, they cannot identify if their treatment is being properly developed. Based on the analysis carried out in this document, the importance of developing a theoretical guide for the population is exposed, specifically for those seeking to initiate psychological treatment or who are currently undergoing one. This guide seeks to guide the reader so that they have the necessary foundations that allow them to make a personal and well-informed decision regarding the choice of the professional who will assist them. Generating more knowledge about the clinical psychological work and, finally, achieving more efficient and effective treatments.

**Keywords:** clinical psychology, psychological treatment, clinical psychologist, theoretical guide, psychological orientation.

## Introducción

Lo que debe saber y lo que puede hacer un psicólogo clínico; su papel profesional y formación son objeto continuo de controversia. Esto se debe especialmente a que la psicología clínica ha experimentado un importante cambio en los últimos años. En específico, ha evolucionado de un ámbito basado principalmente en el psicodiagnóstico, a un campo más integrado, abarcando desde la evaluación, los tratamientos psicológicos, el diseño de nuevos programas de investigación e intervención, hasta el desarrollo de nuevas técnicas y herramientas psicológicas.

Además del aumento de los trastornos mentales, las demandas terapéuticas de los psicólogos clínicos han cambiado considerablemente en los últimos años, estas nuevas demandas están relacionadas con una mayor exigencia de calidad de vida y con una mayor intolerancia al malestar emocional por parte de los pacientes (Echeburúa, Salaberría, Corral, & Cruz-Sáez, 2012).

Por esto último ha aumentado considerablemente el número de personas que actualmente acuden a consulta psicológica; y, por ende, es necesario un mayor número de profesionales que sean capaces de brindar un tratamiento integral, eficaz y efectivo.

El psicólogo clínico es un profesional de la psicología que aplica el conocimiento empírico a la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales que interfieren tanto en la salud como en la enfermedad de los seres humanos (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

Debido a la complejidad de su profesión y las múltiples funciones que desempeñan los psicólogos clínicos hoy en día; existe una confusión por parte de la población acerca de sus responsabilidades elementales; lo que resulta arriesgado puesto que la población tiende a acudir a consulta sin antes verificar las capacidades del profesional que los va a asistir.

## 1. Planteamiento del problema

En la actualidad existen diversas ideas y conceptos erróneos alrededor de la psicología; sus fundamentos científicos, sus bases humanistas y el alcance de sus profesionistas. En general, esto está relacionado con la falta de conocimiento de aquellos ajenos a la práctica y conocimientos psicológicos y de las ciencias de la salud. Hoy en día hay una profunda preocupación y necesidad por parte de la sociedad moderna, de obtener profesionistas íntegramente capacitados, que sean aptos de comprender las responsabilidades, habilidades, herramientas y consideraciones éticas que, como profesional, debe haber adquirido y siempre buscar mejorar y respetar.

Esta falta de conocimiento alrededor del quehacer de los profesionistas de la psicología puede tener efectos negativos en los alcances y efectividad de los tratamientos que se deben llevar a cabo. Por un lado, algunos profesionistas de la psicología no cuentan con la preparación teórico-práctica y fundamentos éticos para decidir si pueden conllevar ciertos

tratamientos o no; ocasionalmente un grado de licenciatura, especialidad o posgrado no asegura a una persona el estar completamente preparado para tratar ciertos padecimientos psicológicos, en estos casos, nuestro deber ético sería canalizar al paciente con aquel profesionalista que cuente con la experiencia necesaria.

Por otra parte, los pacientes al no estar obligados a tener conocimientos específicos sobre la psicología y sus metodologías pueden estar sesgados en cuanto a la elección de sus psicólogos y su preparación. Esta falta de conocimiento sobre ciertos conocimientos, habilidades, actitudes e indicadores sobre la íntegra preparación de un profesionalista de la salud mental puede tener efectos negativos en su persona y tratamiento a largo plazo.

Es por esto que, el presente documento busca desarrollar un puente integrador entre los pacientes y aquellos que deseen ser sus psicólogos, desarrollando una base teórica que establezca el panorama mínimo a conocer por parte de los usuarios, así como una guía dirigida a la elección de un psicólogo clínico basada en indicadores de conocimientos teórico-prácticos, preparación, actitudes y aptitudes, tanto humanas como éticas.

## 2. Objetivo general de la investigación

Orientar a la población que busca iniciar un tratamiento psicológico o que actualmente se encuentra en uno, respecto a las características con las que debe cumplir un psicólogo clínico; esto con la finalidad de que los interesados logren distinguir los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionistas y así cuenten con fundamentos propios para

tomar una decisión tanto objetiva como bien informada en cuanto a la elección del profesional de la psicología clínica que los va a asistir, logrando con esto alcanzar tratamientos más eficaces y efectivos.

### 3. Objetivos específicos

- Realizar una guía dirigida a los pacientes o futuros pacientes.
- Exponer la definición de psicología y psicología clínica.
- Explicar qué son los tratamientos psicológicos.
- Señalar el momento indicado de iniciar un tratamiento psicológico.
- Exponer los diferentes tipos de tratamientos psicológicos.
- Establecer los profesionistas que están capacitados para brindar estos tratamientos.
- Delimitar la actividad profesional del psicólogo clínico.
- Explicar la formación, las habilidades y las herramientas que utiliza el psicólogo clínico.
- Presentar la ética y deontología dentro de esta rama de la psicología.
- Exhibir la eficacia de los tratamientos psicológicos.
- Desarrollar en qué consiste el seguimiento.
- Indicar los lugares donde los pacientes pueden encontrar estos tratamientos.



## 4. Desarrollo del tema

### *4.1 Antecedentes de la Psicología*

Desde la antigüedad, el ser humano ha tratado de comprender y explicar lo que sucede a su alrededor. La inquietud por conocer el sentido de la vida y la conciencia produjeron múltiples intentos por construir explicaciones sobre la naturaleza del hombre (Covarrubias, 2009).

A finales del siglo XIX surgen las ciencias sociales, entre ellas la psicología, junto con la antropología, la sociología y la economía. Las condiciones históricas que dieron lugar a este surgimiento son diversas, sin embargo, tienen como común denominador la importancia en el ser humano, la persona o el sujeto como objeto de conocimiento; introduciendo una posible mejora tanto de los individuos como de la sociedad; a través del sujeto como objeto del saber científico (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Durante su evolución la psicología ha sido enriquecida directa o indirectamente por las investigaciones en campos como la filosofía y la fisiología que se han interesado desde su propia perspectiva en la conducta, el funcionamiento del cuerpo humano y el establecimiento de relaciones que pueden o no existir entre éstos (Álvarez, Molina, Monroy, & Bernal, 2012).

Para muchos, Aristóteles con su Tratado del alma, se considera el padre de la psicología; ya que se le atribuye el interés específico por el campo psicológico y la realidad subjetiva

(Jordán, 2017). Aristóteles delimitó la psique o el alma como una realidad sustancial, ubicando su pertenencia en el mundo de la naturaleza, enfocando su conocimiento como algo susceptible de un tratamiento empírico, lo que significó un gran salto cualitativo para el desarrollo de la psicología como actividad científica, al separar lo mental del campo mítico y religioso (Jordán, 2017).

Las investigaciones en el campo de la psicología han derivado en el planteamiento de diversas teorías que han estado permeadas por el pensamiento sociocultural y las circunstancias científicas prevalentes en el momento histórico en el que fueron planteadas, sin embargo, algo común en todas las épocas es el deseo de comprobar prácticamente las teorías y por tanto la búsqueda del rigor científico (Álvarez et al., 2012).

La psicología alcanza su institucionalización científica a finales del siglo XIX; puesto que se suele citar como primer hito dentro de su historia científica, el año 1879, mismo donde Wilhelm Wundt funda en la Universidad de Leipzig el primer laboratorio de psicología. Lo interesante fue la simultaneidad con la que aparecieron en diferentes países múltiples laboratorios y tratados. Por ejemplo, William James (EE. UU.), quien ya disponía de un laboratorio de psicología en 1875 y quien escribió el primer tratado de psicología en 1890 titulado principios de psicología (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Por su parte, Francis Galton (Inglaterra) realizó un estudio empírico de las diferencias individuales, con su primer centro para la medida psicológica de 1885, y a Théodule Ribot

(Francia), alma mater del primer Congreso de Psicología Experimental en 1889. Así mismo, la fundación de la American Psychological Association fue en 1892, y de la revista *Psychological Review*, siendo ésta la revista de mayor relevancia hoy en día (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Como se mencionó con anterioridad, a finales del siglo XIX se fundaron laboratorios, revistas y asociaciones profesionales, se crearon nuevos paradigmas y se dejaron atrás los que ya no funcionaban. En términos generales, el psicólogo y la psicología buscaban la renovación de la sociedad (Kassa, Tefera, Asmamaw, & Disasa, 2019).

El paso del siglo XIX al siglo XX, escenario de la segunda revolución científica, no privilegió las humanidades; y la orientación científica se enfocó en la transformación económica y social, incluyendo el modelo de hombre y su entorno, poniendo énfasis en la masa como referente al cambio social. La nueva realidad del siglo XX estaba preocupada por respuestas precisas para asuntos mundiales. Primero, debido a la consecuencia de las guerras y posteriormente para encarar los nuevos problemas generados por los acontecimientos precedentes. Fue en este siglo cuando la psicología lucía más próxima a las ciencias naturales, replicando sus métodos y estilos de trabajo para observar y describir su objeto de estudio: la consciencia (Choque, 2017).

Durante el siglo XX se establecieron las principales corrientes teóricas de la psicología actual. Por un lado, Sigmund Freud creó el psicoanálisis e hizo énfasis en el inconsciente, mientras que John Watson y Burrhus Skinner desarrollaron terapias conductistas. La

investigación científica desarrollada por el conductismo contribuyó a la aparición de la psicología cognitiva, recuperando el estudio de los procesos mentales; esta última se popularizó a partir de los años 60's. Así mismo, el humanismo surgió como una reacción al predominio del psicoanálisis y el conductismo y defendió la concepción del hombre como ser libre y único (Choque, 2017).

Los conocimientos sobre biología, medicina y farmacología se desarrollaron enormemente durante este siglo, facilitando el predominio de estas ciencias e influyendo en el desarrollo de campos interdisciplinarios como la psicobiología y la neuropsicología (Choque, 2017).

Es destacable el reconocimiento que el siglo XXI le da a la individualidad y a los atributos de la persona. En este siglo se debe reconocer el desarrollo acelerado de la ciencia y la tecnología, así como su aplicación a la vida cotidiana; generando el impulso de medios electrónicos sofisticados tanto para la comunicación como para la investigación, al mismo tiempo que se simplifican esfuerzos. Estos medios fomentan la difusión de los conocimientos científicos y los productos de la investigación; desarrollando cultura y tolerancia ante las diferencias grupales e individuales, y al mismo tiempo, haciendo uso de las herramientas más valiosas de las que dispone el ser humano: el pensamiento, el juicio crítico, la voluntad., el lenguaje y la comunicación (Choque, 2017).

## 4.2 Concepto de Psicología

Etimológicamente el término psicología está compuesto por dos voces griegas: *psyche* que significa alma y *logos*, estudio; por lo que clásicamente la psicología es conocida como el estudio del alma; aunque esta polémica definición conlleva la incertidumbre del término alma (Jordán, 2017).

Cada sujeto dentro de su determinada época menciona su posicionamiento en cuanto a lo que es el psiquismo y hacia donde debería estar orientando. Por ejemplo, en 1890, William James definió a la psicología como la “ciencia de la vida mental”; y veinte años más tarde, John B. Watson, lo hizo como “la ciencia de la conducta” (Jordán, 2017).

Por esto mismo, aparecen un gran número de definiciones, en función del enfoque que las distintas corrientes de estudio psicológico priorizaron sobre el objeto de estudio: los procesos cognitivos, las bases neurológicas que sustentan el funcionamiento de la actividad psíquica, los procesos inconscientes, los procesos grupales, de masa, institucionales, etc. Estas divisiones han sido y siguen siendo objeto de innumerables conflictos y contradicciones (Jordán, 2017).

Aunque es cierto que pueden presentarse múltiples definiciones de psicología con cierto valor de verdad parcial y que no existe todavía ninguna que sea unánimemente reconocida y aceptada, la psicología se podría intentar definir como: “la ciencia que estudia, bajo una diversidad de métodos, los fenómenos psíquicos en sus diversas manifestaciones:

subjetivas y objetivas, tanto en su relación causal como en sus efectos en sus aspectos conscientes como inconscientes” (Jordán, 2017, p. 18).

Por otro lado, según el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003), la psicología es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos. El comportamiento es lo que hace la gente y conlleva alguna acción, actividad o conducta; por lo que tiene una variedad de manifestaciones que influyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica y la reacción emocional (Kassa et al., 2019).

Referencias más actualizadas definen a la psicología como el estudio de la mente y el comportamiento. Históricamente, esta ciencia nace a partir de la filosofía y emerge a partir de principios éticos y lógicos, como se ha mencionado con anterioridad. Sin embargo, actualmente es una disciplina que comprende diversas ramas de investigación puramente científicas, así como sub-áreas de investigación y de la psicología aplicada, por ejemplo, psicología clínica, organizacional, educativa, humanista, de la salud, cultural y de las neurociencias. La investigación dentro de la psicología involucra la observación, experimentación, prueba y análisis de diversos procesos y estímulos biológicos, cognitivos, emocionales, personales y culturales responsables de todos los comportamientos humanos y animales. Complementariamente, la práctica de la psicología involucra el uso de los conocimientos teóricos para comprender y tratar padecimientos de carácter mental, emocional, físico y social. Así como entender y mejorar el comportamiento humano en distintos contextos sociales. Finalmente, la psicología también se identifica como una

herramienta central para el diseño y mejora de productos, máquinas y servicios de cualquier sociedad (APA, 2015). Podemos decir entonces que la psicología estudia el comportamiento en los distintos contextos, incluyendo las relaciones sociales, las actividades laborales, el desarrollo educativo, la vida familiar y prácticamente todos los ámbitos del hacer humano.

El comportamiento se debe estudiar de acuerdo con la persona o actor de la acción de que se trata, lo que supone la incorporación de las circunstancias biográficas. Así mismo, éste depende del contexto o situación presente y de la persona de acuerdo con su trayectoria biográfica (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Por lo que la psicología se enfoca tanto en el comportamiento normal como en el anómalo, aquel que implica algún trastorno o desorden para la propia persona o en relación con los demás (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Desde su reconocimiento institucional como ciencia, y al igual que las demás ciencias sociales, la psicología se ha ido conformando por diferentes posiciones epistemológicas para explicar los fenómenos psicológicos; éstas se fueron poco a poco materializando en importantes enfoques dentro de la literatura (Covarrubias, 2009).

A lo largo de su historia, la psicología, ha tenido que luchar por un puesto dentro de las disciplinas científicas y en las instituciones escolares para ser reconocida como disciplina académica (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016). Aun en la actualidad, a pesar de estar

social y oficialmente legitimada, sigue habiendo discusión respecto de su finalidad, eficacia, rigor y unidad (Covarrubias, 2009).

La complejidad que envuelve el entendimiento del hombre ha dificultado la delimitación del objeto de estudio de la disciplina. Desde su significado etimológico como ciencia del alma hasta la exclusión de todo lo que no fuera observable a nivel físico y conductual, se ha intentado recortar su objeto de estudio, a partir de posturas epistemológicas como el positivismo, el estructuralismo, el funcionalismo y la fenomenología, que han dado lugar a diferentes corrientes teóricas y metodológicas, haciendo a la psicología pluri-paradigmática y, por ende, muy compleja para su estudio y ejercicio profesional (Covarrubias, 2009).

Como parte de cualquier ciencia, todo acto de conocimiento supone una concepción sobre la relación entre sujeto y objeto de conocimiento. Las diversas posiciones epistemológicas de las que parten los enfoques teóricos y metodológicos que se han desarrollado en la psicología provienen de una estructura epistémica diferente que explica los fenómenos psicológicos. Cada una tiene su forma de hacer ciencia, de plantear y conducir la investigación y sus formas de aproximarse a la realidad social y generar un marco interpretativo (Covarrubias, 2009).

Teniendo en cuenta la complejidad conceptual y la amplia variedad de las áreas de especialización dentro de esta ciencia, a continuación, se presentan una de las sub-áreas más importantes que conforman la psicología, la psicología clínica (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).



### *4.3 Psicología clínica*

Desde los primeros tiempos, la psicología aplicada ha ido definiendo distintos campos profesionales, entre los cuales figuran: la psicología del trabajo y de las organizaciones, la psicología de la educación, la psicología del deporte, la psicología de la salud, la psicología de las necesidades educativas especiales y la psicología clínica (American Psychological Association, 2011).

La psicología clínica es un campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas de esta última al estudio del comportamiento anormal, aquel que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016). Tiene como principales objetivos: la evaluación y el diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

El estudio del comportamiento por parte de la psicología clínica se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico para identificar el/los trastorno/s, analizar la condición psicopatológica para intentar explicarla y así poder llevar un tratamiento para remediar el problema o, en su caso, prevenirlo (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

Por esto mismo, la psicología clínica, aún dentro de la psicología, dispone de sus propios métodos, modelos y procedimientos psicoterapéuticos, específicamente, métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos (Kramer, Bernstein & Phares, 2019). Esto se debe a un proceso histórico de acumulación del saber

científico-técnico y de institucionalización y reconocimiento social; el cual se pone en manifiesto en la definición de las actividades del psicólogo clínico de la Enciclopedia Británica:

Respecto a la evaluación los psicólogos clínicos aplican e interpretan tests psicológicos tanto con fines de evaluar la inteligencia y otras capacidades del individuo o bien con el propósito de esclarecer las características mentales que sirven de base para realizar el diagnóstico de un trastorno mental específico. La entrevista, en la que los psicólogos preguntan e interactúan con un paciente, es otra herramienta diagnóstica estándar. Para fines de Tratamiento, el psicólogo clínico puede usar una amplia variedad de formas de psicoterapia, aunque recientemente existe la tendencia hacia a un enfoque ecléctico, mediante una combinación de técnicas adaptadas a cada caso. Los psicólogos clínicos pueden especializarse en Terapia de Conducta, Terapia Grupal, Terapia Familiar, Psicoanálisis y en muchas otras. La investigación es un importante campo para algunos psicólogos clínicos en su formación para hacer estudios experimentales, apoyados en el uso de técnicas estadísticas. De este modo, los psicólogos clínicos son miembros fundamentales en proyectos de investigación realizados en el ámbito de la Salud Mental (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003, p. 3).

La historia de la psicología clínica forma parte de la misma historia de la psicología, aunque con su perfil característico; ya que el estudio del comportamiento que supone algún trastorno se encuentra paralelo al estudio del comportamiento normal (López, 2013). El sistema oficial de clasificación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) menciona

en el Capítulo V los trastornos mentales, afirmando que el término “trastorno” se utiliza a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que se pueden presentar al utilizar otros conceptos como enfermedad o padecimiento. Ya que dicho término no se utiliza para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos están acompañados por malestar e interfieren con las actividades diarias de la persona (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016). Por esto mismo, las enfermedades neurológicas, malformaciones, anomalías congénitas, lesiones, intoxicaciones y otras causas externas son descritas en otros capítulos de la clasificación internacional de las enfermedades (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003, p. 3).

Así mismo, la Asociación Psiquiátrica Americana, en su más reciente catálogo oficial de los trastornos mentales (DSM-V) también ha evitado utilizar el término “enfermedad” para los problemas del comportamiento, por estar determinados por una interacción de factores causales y define el trastorno mental como:

Un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento

desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003, p. 7).

Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2003) el proceso de valoración diagnóstica y la prescripción de un tratamiento exige, un paso previo que consiste en entender el funcionamiento normal de la persona; puesto que no es posible identificar qué es lo que no se desempeña correctamente si no se dispone de una idea clara sobre cómo funciona la persona y cómo debería funcionar en caso de que nada estuviera mal.

Como lo menciona el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el trastorno mental puede deberse a múltiples causas y es un concepto funcional, de modo que, aunque los trastornos mentales hayan sido formulados siguiendo un modelo médico, no implica la existencia de causas fisiológicas u orgánicas en su origen (Kramer, Bernstein & Phares, 2019). Por esto mismo, el carácter atórico de los sistemas diagnósticos oficiales de los trastornos mentales es el resultado de reconocer que en su origen pueden coexistir diferentes causas (American Psychological Association, 2011).

La gran variedad de causas que pueden dar lugar a un trastorno mental es reconocida por los expertos en psicopatología, por los organismos oficiales, como es la OMS, así como por las asociaciones científico-profesionales de psicólogos y de psiquiatras; por lo que

argumentar que todos los trastornos psicológicos o mentales son trastornos cerebrales, afirmando que todos los estados mentales son estados cerebrales es erróneo (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

En este orden de ideas aparece la Psicopatología, ciencia que estudia la conducta anormal centrándose en tres principales áreas:

1. La descripción y eventual clasificación de los comportamientos anormales;
2. La explicación de los procesos implicados en su desarrollo y mantenimiento; y,
3. La búsqueda de sus causas o factores etiológicos.

Para lograrlo, la psicopatología utiliza procedimientos de la psicología y, en especial de la psicología experimental (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

La psicopatología es el estudio científico sistemático de la etiología, sintomatología y del proceso de la conducta anormal (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016); por lo que es la disciplina base tanto de la psiquiatría como de la psicología clínica, así como de la disciplina dedicada al estudio científico del comportamiento trastornado o anómalo; mientras estas dos disciplinas son ciencias aplicadas que utilizan sus propios recursos terapéuticos para el abordaje de los trastornos del comportamiento, respecto de la etiología de cada caso y de la tecnología de la que disponen (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

La psicología clínica comparte con las demás áreas de la psicología su interés por la medición de las funciones conductuales y psicológicas, el diseño sistemático de la

investigación, la comprobación empírica de las implicaciones de los modelos e hipótesis clínicas, así como la evaluación y valoración de la efectividad de sus predicciones. Por esto mismo, el contenido empírico de este campo compete a aquellos aspectos de la ciencia psicológica que son relevantes para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de la salud mental (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

#### *4.4 Psiquiatra y Psicólogo Clínico*

La principal diferencia entre el psicólogo clínico y el psiquiatra es que la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos o mentales, viene dada por la facultad legal de este último para la prescripción de medicamentos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Así mismo, el psiquiatra tiene un grado universitario en medicina con especialización en psiquiatría y el psicólogo clínico tiene un grado universitario en psicología. Por ello, el psiquiatra considera los problemas del paciente como resultado de que algo no funciona correctamente en el organismo; por el contrario, el psicólogo clínico se centra en aspectos psicológicos como la influencia directa o no entre el caso presentado con las relaciones y situaciones sociales, familiares, las emociones propias y de los demás; la opinión y visión personal que se tiene sobre los problemas, etc. Esto no significa que ambas prácticas sean excluyentes la una de la otra, es decir que el psicólogo no incluya en su tratamiento los aspectos orgánicos o que el psiquiatra no incluya los aspectos psicológicos (Pomerantz, 2017).

Por esto mismo, el psicólogo clínico está mejor formado para la función psicodiagnóstica, sobre todo cuando se trata de la aplicación de pruebas psicométricas, que ocurre prácticamente en todos los casos; y para la aplicación de psicoterapias o tratamientos psicológicos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003). Sin embargo, cualquiera de los dos profesionales, se debería encontrar suficientemente capacitado para el diagnóstico y el establecimiento de la estrategia terapéutica más conveniente en cada caso (Pomerantz, 2017).

El objeto de estudio, tanto de la psicología clínica como de la psiquiatría, es el trastorno mental; por lo que las clasificaciones internacionales de las alteraciones psicopatológicas que son objeto de estas disciplinas se organizan en torno a este concepto y no en términos de enfermedad. El concepto de trastorno mental se define en términos disfuncionales o de alteración psicológica o comportamental, de tal forma que su evaluación y diagnóstico se apoya en criterios únicamente psicológicos y comportamentales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Los mismos intereses manifestados por el médico, relacionados a una perspectiva unitaria (biopsicosocial) de la persona que presenta un trastorno mental, son competidos por los psicólogos que ejercen su función en este ámbito. Aunque no debe de significar el monopolio por ninguna de las partes de los factores que intervienen en el proceso patológico o el control exclusivo de la persona afectada, sino la cooperación de diversas especialidades en beneficio del paciente. Por lo que se reconoce la efectividad de actuación terapéutica interdisciplinaria (psicólogos y psiquiatras) para abordar la multiplicidad de

causas y factores que intervienen en el origen y en el mantenimiento de los trastornos mentales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

#### *4.5 Tratamientos psicológicos*

Un tratamiento psicológico hace referencia a una intervención profesional basada en técnicas psicológicas, realizada por un psicólogo clínico (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016); quien busca eliminar el sufrimiento del paciente y enseñarle las habilidades necesarias para que éste último pueda enfrentar los problemas de la vida diaria (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados & Fernández-Montalvo, 2002).

Las principales implicaciones de un tratamiento psicológico se componen por: escuchar atentamente lo que el paciente tiene que decir y buscar aspectos personales, sociales y familiares, responsables del problema. También busca informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas planteados y utilizar técnicas psicológicas tales como el entrenamiento en respiración o relajación, la resolución de problemas interpersonales, el cuestionamiento de creencias erróneas, el entrenamiento en habilidades sociales, entre otras (Labrador et al., 2002).

El tratamiento psicológico puede llevarse a cabo con personas o únicamente una persona, parejas, familias y grupos. Puede combinar, según las necesidades del caso, el formato del tratamiento, por lo que se pueden realizar un tratamiento en grupo junto con sesiones de asistencia individual. La intervención puede durar desde unas pocas sesiones (por ejemplo, en situaciones de crisis o asesoramiento) hasta varios años (como en el psicoanálisis). Lo



más común es que se extienda de 5 a 50 sesiones de alrededor una hora y de frecuencia semanal. El número de sesiones será directamente proporcional al número de problemas/trastornos y la gravedad y evolución de los mismos (Labrador et al., 2002).

Algunos ejemplos de los padecimientos/problemas que se trabajan a través del tratamiento psicológico son: ayudar a una persona a superar su depresión o reducir sus obsesiones, trabajar con una familia que tiene conflictos para que aprendan a comunicarse mejor, o enseñarle a un adolescente a relacionarse con sus compañeros de una manera menos agresiva (Labrador et al., 2002).

La forma habitual de tratamiento psicológico se da a través de un contacto personal con el psicólogo (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016); sin embargo, también pueden utilizarse medios complementarios para cubrir algunos aspectos del tratamiento; como, por ejemplo: teléfono, internet o correo, ya sea a través de email, videoconferencia o chat. La utilización de estos medios, con las garantías clínicas y éticas necesarias, puede llegar a ser útil cuando el paciente: tiene dificultades físicas, económicas o geográficas para acudir a consulta o algún problema se lo impide; por ejemplo, en casos de agorafobia o fobia social severas; cuando quiere seguir la terapia con el mismo terapeuta, pero debe de asentarse pro trabajo u otras causas; cuando desea un anonimato mayor o total; cuando es capaz de comunicarse eficazmente a través de estos medios técnicos; cuando no presenta los recursos para manejar sus problemas con el apoyo no presencial; cuando el paciente presenta un trastorno no muy grave o cuando desea hacer una consulta o solicitar la opinión del profesional (Labrador et al., 2002).

Un tratamiento psicológico se debe aplicar cuando se tiene un problema que le dificulta o impide a la persona vivir de forma deseada o que le produce gran malestar y sufrimiento (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016). Es necesario diferenciar entre un problema natural o normal y una alteración clínicamente significativa. Aunque son muchos problemas los que surgen día a día, cuando las dificultades son excesivas, cuando duran más de lo normal, son muy fuertes o incapacitantes en el quehacer diario y provocan un malestar emocional considerable, es cuando es necesario acudir a consulta (Labrador et al., 2002).

En ocasiones la persona no se da cuenta de que necesita un tratamiento psicológico, sin embargo, quienes conviven con él/ella se pueden percatar de la situación. Algunos ejemplos de estos escenarios son: cuando se trata de niños, de ancianos con demencia, de quienes no tienen conciencia del problema (las psicosis) o quienes lo niegan, como, por ejemplo: personas anoréxicas y alcohólicos (Labrador et al., 2002).

Podemos concluir entonces que existen varias formas de tratamiento psicológico y metodologías psicoeducativas, mismas que incluyen la psicoterapia y la modificación de conducta; estas se enfocan en la mejora del funcionamiento comportamental y mental de los seres humanos, buscando que éstos sean más adaptativos e independientes. El tratamiento psicológico incorpora diversas teorías y técnicas para lograr cambios saludables en los pensamientos, acciones y sentimientos de los pacientes. Se confronta así con los tratamientos psiquiátricos y meramente medicinales, aunque, como ya se ha

mencionado anteriormente, ambas técnicas pueden ser complementarias en función del padecimiento (APA, 2015).

#### *4.6 Tipos de tratamientos psicológicos:*

Existen diversos modelos de intervención psicológica; éstos varían en su forma de concebir la conducta anormal y normal y los trastornos psicológicos, el mantenimiento de las conductas, los modos para recoger los datos necesarios, los objetivos a conseguir con la intervención y la forma de llevarla a cabo (Bados, 2008).

Tener un modelo como referencia es útil, sin embargo, el psicólogo debe complementar su conocimiento y el tratamiento de los pacientes con la comprensión y aplicación de diversos modelos, de esta forma tendrá mayores recursos para lograr intervenciones más efectivas (Roa, 1995).

No existe actualmente un modelo teórico único, ni mucho menos, un solo método de evaluación en la psicología clínica; esto se debe principalmente a que el marco teórico orienta, sugiere y limita al método, instrumentos y técnicas de evaluación (Kramer, Bernstein & Phares, 2019). Los distintos modelos han ayudado al clínico a identificar las variables o hechos que necesitan ser estudiados o investigados más a fondo, así mismo, le brinda un marco conceptual para poder integrar esa información y para que se puedan identificar las relaciones que existen entre las variables o hechos que son objeto de estudio (Roa, 1995).

En la siguiente sección se hace una recapitulación introductoria a los principales modelos utilizados para el tratamiento psicológico.

#### 4.6.1 El modelo cognitivo-conductual

El modelo cognitivo-conductual tiene cuatro pilares fundamentales. El primero surge a finales del siglo pasado a partir de las investigaciones de Ivan Pavlov, el fisiólogo ruso que accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje, posteriormente llamado Condicionamiento Clásico, el cual refiere a un proceso donde los organismos aprenden relaciones predictivas entre distintos estímulos del ambiente que los rodea (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2001).

El experimento típico de Pavlov consistía en que un perro aprendía a salivar por el sonido de un metrónomo, cuando este último se había presentado múltiples veces antes de la administración de comida; por lo que el sonido funcionaba como una señal que anticipaba la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde como consecuencia (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2001).

Por otro lado, John B. Watson, uno de los autores más reconocidos y asociados con la Terapia Cognitivo-Conductual, se inspira en los trabajos de Pavlov. Éste, aplicando los principios del condicionamiento clásico para suprimir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se le conoce como el conductismo. El conductismo de Watson representa las bases metodológicas del modelo conductual (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2001).

Comúnmente se realiza una distinción entre el conductismo watsoniano o radical y el conductismo metodológico; el último es el que actualmente se conserva en la Terapia Cognitivo-Conductual; es decir, el énfasis en el comportamiento como tema principal de la psicología y la utilización del método científico como un modo de estudiarlo (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2001).

En el año 1930, las investigaciones de F. B. Skinner plantean otro tipo de aprendizaje, conocido como condicionamiento operante. Este se refiere a un proceso donde los comportamientos se adquieren, mantienen o extinguen en función de las consecuencias que le siguen. Este paradigma formó lo que actualmente se le conoce como teoría del Aprendizaje, la cual ha contribuido enormemente a la terapia cognitivo-conductual (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2001).

Posteriormente los trabajos elaborados por Albert Bandura, aproximadamente en la década de 1960, comienzan a formar un nuevo conjunto de conocimientos, cuyo énfasis se sostiene en el importante papel que la imitación juega en el aprendizaje. Los trabajos se consolidan en la Teoría del Aprendizaje Social, en la que se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal, sino que también, especialmente en los seres humanos, se produce a través de la observación de otras personas, así como la información que se recibe por medio de símbolos tanto verbales como visuales (Minici, Rivadeneira, & Dahab, 2001).

Complementariamente, Minici, Rivadeneira, & Dahab (2001) mencionan a Aaron Beck y Albert Ellis como dos de los principales representantes; éstos elaboraron dos distintos modelos de intervención terapéutica denominados: Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva, respectivamente. Ambas hacen énfasis en las influencias que el pensamiento ejerce sobre las emociones, aunque se establece que no toda la vida emocional puede explicarse por el pensamiento. Así mismo, plantean que el pensamiento de un individuo refleja su sistema de interpretación del mundo (Dobson & Dozois, 2019).

El enfoque cognitivo-conductual es un modelo que ayuda al paciente a que modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para poder combatir sus problemas (Tamez & Rodríguez, 2017).

Como lo mencionan Tamez & Rodríguez (2017), esta aproximación se enfoca principalmente en la observación directa de la conducta en su medio natural y el análisis de las construcciones internas, con el objetivo de modificar conductas, pensamientos y desarrollar habilidades de afrontamiento ante diversos problemas de la vida cotidiana.

Existen múltiples técnicas dentro de este modelo, las cuales pueden trabajar con los procesos cognitivos desadaptados de los pacientes, siempre tomando en cuenta que es posible realizar una modificación de conducta a partir de los pensamientos (cogniciones) de éstos últimos (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012). Como, por ejemplo: la terapia cognitiva de Beck (Beck & Haigh, 2014); Mindfulness o Atención Plena (Hayes & Hofmann, 2018), técnicas de control del estrés; técnicas de detención de pensamiento; intención paradójica

(Labrador, 2008); técnicas de biofeedback, técnicas operantes (Velázquez, Bonilla & Padilla, 2019): para desarrollar, aumentar o mantener conductas; basadas en el manejo de consecuencias (reforzamiento positivo y negativo), en el manejo de antecedentes (instrucciones, modelado, guía física, inducción situacional) y para establecer nuevas conductas (moldeamiento, encadenamiento y desvanecimiento); para reducir o eliminar conductas (Josefowitz & Myran, 2017): técnicas positivas enfocadas en reducir conductas (reforzamiento diferencial de tasas bajas, reforzamiento diferencial de otras conductas y reforzamiento diferencial de conducta incompatible), técnicas de castigo para reducirlas (castigo por aplicación, sobre corrección, coste de respuesta, tiempo fuera) y técnicas aversivas para eliminar conductas (extinción, saciedad del estímulo); y para potenciar y/o debilitar conductas: contrato de contingencias, economía de fichas, entrenamiento en discriminación de estímulos y control de estímulos (Bados & García-Grau, 2011). También se pueden utilizar técnicas de exposición; la desensibilización sistemática; la reestructuración cognitiva; el entrenamiento en auto-instrucciones; el entrenamiento en resolución de problemas (Hayes, S. & Hofmann, 2018). y técnicas de autocontrol (Labrador, 2008). Y por supuesto, técnicas de relajación (Camino & Serrano-Pintado, 2019).

Las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversos problemas psicológicos (Velázquez, Bonilla & Padilla, 2019); por ejemplo, las escuelas se han valido de estas técnicas para lograr el control del comportamiento del alumno en el aula y el mejoramiento de su desempeño académico. Del mismo modo, algunas investigaciones han utilizado estrategias como la economía de fichas, el contrato

conductual y la desensibilización sistemática para el cambio de comportamientos no deseados en el hogar (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

Muchos de los problemas que necesitan intervención terapéutica tienen un fundamento cognitivo; ya que las conductas manifiestas no siempre son el problema por el que una persona acude a consulta. (Josefowitz & Myran, 2017), por lo que, también es necesario enfocarse e indagar en los pensamientos, sentimientos, auto-verbalizaciones y otras experiencias privadas de los pacientes (Cully & Teten, 2008).

La evaluación cognitivo-conductual nos permite obtener información significativa acerca del paciente para poder desarrollar una intervención que promueva el cambio comportamental deseado (Josefowitz & Myran, 2017). La evaluación es única para cada individuo, ya que está adaptada al paciente, su conducta problemática, las variables que la mantienen y el contexto (Cully & Teten, 2008).

Como lo mencionan Josefowitz & Myran (2017), la evaluación cognitivo-conductual analiza al paciente en relación con su ambiente, por lo que establece que las situaciones a las que se ha enfrentado le han generado aprendizaje, han reforzado diversos comportamientos y también los han extinguido. Por esto mismo, el comportamiento de un individuo y el impacto del contexto puede medirse a partir los factores cognitivos de este último; y sus ideas y creencias están íntimamente relacionadas con sus respuestas fisiológicas y conductuales.



La importancia de la influencia de los procesos cognitivos sobre la conducta se ha explorado desde diferentes enfoques dentro del contexto de la psicoterapia (Pérez-Álvarez, 2019). Aunque sus procedimientos y fines han sido múltiples, todos han intentado aumentar el conocimiento de los procesos interpersonales; y su idea principal es que las variables cognitivas y perceptivas ejercen una gran influencia sobre la conducta (Josefowitz & Myran, 2017).

Este modelo no enfatiza las causas relacionadas con la historia personal del paciente, sino en aquellas provistas por las teorías explicativas del comportamiento humano; puesto que juegan un rol fundamental en la elección de las estrategias terapéuticas (Hayes & Hofmann, 2018).

El modelo cognitivo-conductual une conocimientos de la teoría del aprendizaje con el procesamiento de la información y trata de explicar cómo se aprenden ciertas conductas durante la infancia y la adolescencia (Josefowitz & Myran, 2017); por lo que al integrar la teoría conductual y la cognitiva; se integran los factores internos y externos del sujeto (Cully & Teten, 2008). La manera en que cada persona procesa la información es fundamental para entender su forma de comportarse y el tratamiento adecuado a aplicar.

#### 4.6.2 El modelo conductual

La corriente de pensamiento conductista se encuentra enlazada con la tradición pragmática aristotélica. El manifiesto de Watson, el padre del conductismo, era una filosofía de naturaleza metodológica relacionada con la investigación de las situaciones de aprendizaje en animales para inferirlas a los humanos. En esta corriente el sujeto permite la entrada de información del mundo exterior, se opone al abuso de la introspección y los métodos subjetivos que se usaban en los seres humanos durante la primera mitad del siglo XX (Leiva, 2005).

Leiva (2005) menciona que dentro de esta corriente el estudio del aprendizaje se refiere al estudio de la manera en la que el comportamiento se adapta al ambiente; puesto que consideran que el aprendizaje siempre es iniciado y controlado por este último.

Watson recurre a los trabajos de Pavlov sobre los reflejos condicionados y establece el condicionamiento como el paradigma del conductismo. Dentro de las características del conductismo destacan:

- Se aprende asociando estímulos con respuestas;
- El aprendizaje está en función del entorno;
- El aprendizaje no es duradero, necesita ser reforzado; y,
- El aprendizaje es memorístico, repetitivo y mecánico y responde a estímulos.

(Hayes & Hofmann, 2018).

Los modelos conductistas más importantes son: el condicionamiento clásico de Pavlov, el condicionamiento operante de Skinner y el condicionamiento vicario de Bandura (Leiva, 2005).

El conductismo también puede ser caracterizado por su concepción asociacionista, es decir, crea conocimiento al relacionar los antecedentes de una situación con sus consecuentes (estímulo-respuesta). Por lo que el conductismo comparte la teoría del saber del empirismo inglés, cuyo exponente más sólido es Hume. Este último autor, al igual que Aristóteles, asume que en un inicio no sabemos nada y todo el conocimiento lo adquirimos a través del medio por mecanismos asociativos con ayuda de los sentidos. Por esto mismo la estructura de la conducta, la forma en la que actuamos es una copia de las contingencias o hechos ambientales (Leiva, 2005).

Hume pensaba que el conocimiento humano está basado en impresiones e ideas. Las primeras son los datos crudos recibidos por los sentidos, mientras que las ideas son copias que recoge la mente de esas impresiones. Creía que el conocimiento se alcanza a través de la asociación de ideas con otras ideas previas en la mente, siguiendo los principios de contigüidad espacial y temporal, semejanza y causalidad; es decir, las causas deben producirse antes de los efectos y ambos deben estar próximos tanto temporal como geográficamente (Leiva, 2005).

El conductismo rechaza el uso de la introspección por imprecisa, no la existencia de la mente. Debido a que considera que no pueden manejarla de forma objetiva, la hacen a un lado para no contagiar su método empírico (Leiva, 2005).

El carácter pasivo del organismo es otro de los atributos del conductismo el cual responde a las contingencias del ambiente; por lo que el aprendizaje no es una cualidad intrínseca al organismo, sino que necesita ser impulsada por el ambiente. Por esto mismo, se postula que toda situación de aprendizaje estará controlada únicamente por las leyes formales de la asociación, reglas sintácticas, sin que el contenido de los términos asociados afecte el aprendizaje (Leiva, 2005).

Las principales técnicas dentro de esta terapia están conformadas por: las técnicas de exposición, por ejemplo: la desensibilización sistemática, inundación, implosión, exposición guiada y auto-exposición; las técnicas basadas en el condicionamiento operante (reforzamiento positivo y negativo, control estimular, extinción, tiempo fuera de reforzamiento, costo de respuesta, saciación, sobrecorrección, refuerzo diferencial de otras conductas, economía de fichas y contratos conductuales) y técnicas aversivas (castigo, procedimientos de escape y evitación y condicionamiento clásico con estímulos aversivos); técnicas de condicionamiento encubierto (sensibilización encubierta, modelado encubierto y otras); técnicas de autocontrol; técnicas de adquisición de habilidades (juego de roles, modelado, ensayo de conducta) y técnicas de relajación (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

### 4.6.3 El modelo cognitivo

Fue desarrollado por Aaron Beck en los años sesenta. Este autor resalta la influencia de los trabajos de Kelly, Piaget, Alexander, Adler, Horney y Sullivan. Así mismo, autores como Ellis y Bandura legitimaron la importancia de los procesos cognitivos ocultos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Así como en la perspectiva conductual el fenómeno observable juega un papel esencial en cómo se inician y se desarrollan los trastornos humanos, la perspectiva cognitiva enfatiza la importancia de los pensamientos y las sensaciones (Carr & McNulty, 2016).

Se muestra la importancia en las creencias personales, las actividades, las expectativas, las atribuciones y otras actividades cognitivas para entender y predecir la conducta, especialmente la conducta psicopatológica (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Las teorías cognitivas mencionan que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas (Dobson & Dozois, 2019). Así mismo, la manera de procesar (reconocer, percibir, razonar y juzgar) la información tiene un papel fundamental para buscar entender los posibles trastornos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Beck formuló un modelo cognitivo para poder explicar los trastornos emocionales, en sus inicios la depresión y un procedimiento basado en dicho modelo. Este modelo declara que las personas ante una situación estimular no responden automáticamente, sino que perciben,

clasifican, interpretan, evalúan y asignan un significado al estímulo (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Este autor resalta la importancia de los esquemas, las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos. Los primeros representan entidades organizativas conceptuales que a su vez están compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de la manera en la que se organizan los estímulos del ambiente. Por otro lado, las distorsiones cognitivas señalan la tendencia de los individuos a procesar, codificar y recuperar información coherente con los esquemas. A su vez, los pensamientos automáticos son los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción de la información. Propuesta por el medio, los esquemas y las creencias, así como las distorsiones cognitivas (Beck & Haigh, 2014).

Son diversos los modelos cognitivos que se utilizan para explicar trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad. El modelo cognitivo de la depresión fue el primero desarrollado por Beck y es el que tiene más relevancia en la actualidad (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). En este se menciona la importancia de la tríada cognitiva en los problemas depresivos. Esta tríada hace referencia a tres esquemas cognitivos que ayudan a la persona a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo (Hayes & Hofmann, 2018).

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos los ayudan a cometer ciertos errores o distorsiones cognitivas a la hora de procesar la información. Beck señala

11 distorsiones cognitivas que comúnmente están presentes en personas deprimidas (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Según Beck, el humano desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Cuando surge algún síntoma de psicopatología se cree que los esquemas activados son desadaptados; así una persona puede mostrar errores en el procesamiento de la información, de manera que puede generalizar, tener una atención selectiva, magnificar o mitificar, personalizar o hacer referencias sobre la información que recibe. Un ejemplo sería: la tendencia a culparse a uno mismo por los errores, la percepción errónea de las situaciones interpersonales o la tendencia a ser pesimista (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Este modelo brinda información sobre los pensamientos que preceden, acompañan y siguen a la conducta desadaptada (Hayes & Hofmann, 2018). Ésta se puede realizar de varias formas; por ejemplo: con cuestionarios que desarrollan para obtener muestras de los pensamientos de las personas después de un suceso molesto; los timbres electrónicos que se han utilizado para indicar a los sujetos que registren sus pensamientos en determinados momentos; y cuestionarios para evaluar las instrucciones que las personas se dan a sí mismas mientras trabajan en una actividad (Sarason & Sarason, 2006).

Este enfoque terapéutico se caracteriza por ser un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, consolidado gracias a la investigación empírica que sustenta su teoría y sus técnicas. Sobresalen algunos modelos clásicos de la Terapia Cognitiva, como: la

Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck, las cuales tienen una base común y que las convierte en los dos modelos psicoterapéuticos representativos del enfoque cognitivo en psicoterapia (González, Barreto & Salamanca, 2017).

Según Hayes & Hofmann (2018) el proceso de intervención de este tipo de terapia está dirigido a modificar los patrones cognitivos disfuncionales; por lo que es un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis y ayuda a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales.

La terapia cognitiva se enfoca en la organización cognitiva de los pacientes, poniendo atención a los problemas externos que se relacionan con su malestar (Beck & Haigh, 2014). Utiliza técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para promover el cambio de los esquemas, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos. Es importante señalar que muchas de estas técnicas se utilizan en la terapia de conducta, sin embargo, en esta terapia su aplicación tiene como objetivo modificar cogniciones (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).



#### 4.6.4 El modelo psicodinámico

El modelo psicodinámico, se considera una determinación interna de la conducta (Kramer, Bernstein & Phares, 2019); por lo que el comportamiento puede explicarse a través de distintas construcciones teóricas internas que conforman la estructura de la personalidad, junto con otros mecanismos internos subconscientes; y todo esto en conjunto determina la conducta (Maganto & Ávila, 1999).

El término psicodinámico hace referencia a un conflicto dentro de la misma persona, el cual adquiere un papel principal en el proceso de análisis; por lo que el psicoanálisis intenta llegar y revelar la fuente del problema, y así poder determinar posibles repercusiones en el paciente (Maganto & Ávila, 1999). Es decir, se busca descubrir y comprender los eventos inconscientes y traumáticos del desarrollo (Labrador et al., 2002).

La manifestación de la conducta es la expresión de la condición interna de la persona. Así que, en este modelo, las variables de interés van a ser los diferentes conceptos psicodinámicos que forman la estructura de la personalidad, desde un punto de vista molar (Roa, 1995).

Sus principales técnicas y métodos se basan en observaciones cualitativas, dentro de un método clínico inductivo; por lo que principalmente se utilizan las técnicas proyectivas (Maganto & Ávila, 1999). Así mismo, se utilizan técnicas como: asociación libre, entrevistas, clarificación y confrontación (Labrador et al., 2002); la interpretación, la aclaración y se completan con otras intervenciones racionales, incluyendo además el

adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la alianza de trabajo y la transferencia y contratransferencia (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

Su objetivo es la explicación de la conducta del sujeto a partir de los contenidos y la dinámica de su vida mental; sin embargo, éste no facilita la predicción del comportamiento, principalmente esto se debe a que una entidad intrapsíquica puede estar condicionando diversas formas de conducta (Kramer, Bernstein & Phares, 2019),

Este modelo ha tenido una gran influencia en el ámbito clínico, colocándose durante la primera mitad del siglo XX, como su modelo único de evaluación e intervención psicológica (Roa, 1995).

Características esenciales de la terapia psicodinámica en la práctica actual:

- Se utilizan intervenciones exploratorias e interpretativas.
- Sesiones frecuentes.
- Énfasis en eventos encubiertos dolorosos a través del entendimiento de experiencias del pasado.
- El objetivo es facilitar las experiencias emocionales e incrementar el entendimiento.
- Se enfoca en la relación terapéutica, específicamente en la transferencia y contratransferencia.
- Se utilizan diversas técnicas con una gran variedad de aplicaciones.

(Summers & Barber, 2010).

Esta terapia se enfoca en buscar las motivaciones y conflictos inconscientes como bases de la conducta, analizando la experiencia pasada. Se fundamenta en la terapia psicoanalítica de Sigmund Freud, que estudia la histeria (problemas físicos en ausencia de causas físicas), utilizando a veces la hipnosis para traer de vuelta recuerdos olvidados (Kassa et al., 2019). Por lo que estas terapias están centradas en el estudio introspectivo del ser humano y a través de ellas se busca que el paciente llegue a comprender (*insight*) el origen y la naturaleza de sus problemas; haciendo consciente lo inconsciente a través de las sesiones (Labrador et al., 2002).

El psicoanálisis surgió como una aproximación psicológica a la comprensión y explicación del comportamiento humano normal y patológico a través de las preguntas que Sigmund Freud se hacía sobre lo psíquico, dando lugar a un método de investigación, una clínica y una teoría (Ellman, 2018). Este autor hace énfasis en el papel del yo y se enfoca en las experiencias psicosociales y psicosexuales; subrayando la importancia de los factores interpersonales (Bados, 2008).

Aunque no se puede atribuir a Freud el nacimiento de la psicoterapia, es claro que es el fundador del primer modelo de la psique humana y de su tratamiento psicológico, el psicoanálisis (Ellman, 2018). Los modelos nos proporcionan un esquema conceptual con el cual entender al ser humano, su sufrimiento y, al mismo tiempo nos sugiere un método con el que intervenir (Feixas, Muñoz, Compañ, & Montesano, 2016).

El modelo psicoanalítico es enormemente individual e intrapsíquico, aunque reconoce la importancia de la familia, se trata de la vivencia fantasmática que el niño tiene de ella y no sus relaciones actuales. Son los deseos y fantasías a menudo reprimidas del niño o niña y sus mecanismos para regularlos lo que estructura su personalidad (Feixas et al., 2016).

El tratamiento para Freud es exclusivamente individual, basándose en la reactivación de los conflictos y fantasías infantiles del paciente en la propia relación con el terapeuta. Su re-vivencia en el aquí y ahora de la relación permite analizarlos y resolverlos (Feixas et al., 2016).

Desde ahí se han producido grandes contribuciones, las cuales han enriquecido y transformado el quehacer clínico, y en especial el diagnóstico, aportando modelos para comprender el origen y la dinámica de los trastornos, así como las bases para el desarrollo de una gran variedad de técnicas de evaluación que han ayudado a enriquecer el psicodiagnóstico (Ellman, 2018). Por lo que el modelo psicodinámico influyó enormemente la forma de concebir la clínica de toda la comunidad implicada en la salud mental (Feixas et al., 2016).

#### 4.6.5 El modelo humanista

La psicología humanista nace con el objetivo de configurarse como una alternativa a la visión del ser humano que proporcionan tanto el psicoanálisis como el conductismo; puesto que estos modelos eran criticados por sostener concepciones del ser humano explícita o implícitamente negativas, deshumanizadas o reduccionistas (Martorell & Prieto, 2013).

La holística es una forma integral de ver la realidad como una construcción social, integrando distintas teorías entorno a su análisis, teniendo en cuenta todos los aspectos que la rodean para tener una visión general de las cosas y así poder aproximarse desde los diferentes aspectos que forman parte de ella; como: los sujetos, las relaciones y los contextos (López, 2018).

El enfoque holista con el que trabaja el humanismo es parte importante de su metodología, ya que hasta se sugiere como una herramienta obligatoria de trabajo (Barragán, 2012). Este establece que el hombre, a través de la interacción de los contextos, los sujetos y las relaciones de éstos con su vida, se hace consciente de su identidad, se crea una concepción del mundo y logra tener una visión general de las cosas; permitiéndole a la persona trascender, decidir sobre sus acciones, elegir la calidad de su vida y ponerse en los zapatos del otro; buscando darle un sentido global a la vida (López, 2018).

La teoría de la Gestalt pone énfasis en la concepción totalitaria del hombre entendida como Gestalt, se compone de polaridades complementarias, como el ambiente y los deseos internos; de un proceso de autorregulación orgánica (la tendencia natural con la que se

conduce el hombre) y de un proceso de homeostasis que fluye y nunca se detiene (Barragán, 2012).

Otro aspecto fundamental dentro de los postulados esenciales del humanismo es el de autorrealización; este es un impulso natural para actualizar, mantener y mejorar el desarrollo y vida del organismo, según Carl Rogers (uno de los principales representantes del modelo), la persona se orienta a una dirección positiva entre más aceptado y comprometido se sienta. Considera que el ser humano se mueve hacia lo constructivo, hacia su madurez y su autorrealización (Kramer, Bernstein & Phares, 2019). Por lo que la psicología humanista busca desarrollar su potencial en lugar de centrarse en las causas o fuentes de debilidades. Busca aceptar al hombre, conducirlo a descubrir sus potencialidades y ayudarlo a conocer el sentido de su vida. En este modelo se les da énfasis a cualidades exclusivamente humanas, como: la creatividad, la capacidad de elección, la valoración y la madurez (Barragán, 2012).

La psicología humanista concuerda en gran medida con la corriente filosófica conocida como existencialismo; por ejemplo, el concepto del hombre como un ser dotado de libertad para establecer sus metas al tiempo que lo vuelve responsable de cada una de sus elecciones. Consideran los problemas de una persona como la expresión de que algo funciona mal en su sistema familiar o de pareja, lo que implica hacer cambios en dicho sistema; sin embargo, todo hombre tiene únicamente algunos grados de libertad; y si profundiza la situación a través de la experiencia y el conocimiento, la persona puede alcanzar mayores grados de

libertad (Barragán, 2012). Por esto mismo, las terapias enfocadas en este modelo están basadas en la relación terapeuta-paciente (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

En este modelo, el ser humano se interrelaciona y nunca deja de hacerlo, ya que es parte de su desarrollo personal auto-motivante. Rogers enfatiza la enseñanza de ser uno mismo (autenticidad) y el concepto de congruencia (ser el mismo de forma interna y externa; este último representa uno de los aportes más importantes de su teoría. Menciona que la persona se vuelve más eficaz cuando aprende a aceptarse a sí mismo, y le permite conformar relaciones reales. Otro atributo de las relaciones interpersonales también desarrollado por este autor y aceptado por la gran mayoría de los psicólogos humanistas es el del valor que permite comprender a la otra persona (empatía); menciona que ésta enriquece la vida y a partir de la referencia del otro es que entendemos de mejor manera nuestra propia visión de la vida (Barragán, 2012). Por esto último, se puede establecer que la psicología humanista les otorga gran relevancia a las relaciones interpersonales (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

Por otro lado, destaca a las actitudes, referente al espíritu o realidad invisible con que se realizan las cosas (Barragán, 2012). Roger menciona la importancia de disfrutar al encontrar armonía en la experiencia; también refiere a las críticas cuando comprendemos que no hay mejor juez de nuestros actos que nosotros mismos; así como la importancia de confiar en aquello que consideramos valioso para posteriormente llevarlo a cabo (Barragán, 2012).

Uno de los representantes más sólidos dentro del Humanismo es Viktor Frankl, creador del enfoque conocido como Logoterapia. Para este autor, lo primordial es la búsqueda del sentido, una necesidad fundamental para el ser humano que no desaparece nunca. Por lo que el propósito de la Logoterapia es ayudarle a la persona a encontrar el sentido de su vida, a hacerlo consciente y responsabilizarse de ello (Barragán, 2012).

Además de la logoterapia, otras técnicas empleadas en este modelo son: técnicas de psicoterapia gestáltica; técnicas de análisis transaccional y técnicas de análisis y de terapia existencial (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

A continuación, se enlistan los principales representantes dentro de este modelo junto con sus principales aportaciones.

#### Ludwig Binswanger

- Buscó desarrollar un procedimiento que acerque al hombre en su totalidad no únicamente una de sus dimensiones.
- Se centra en la comprensión y descripción del mundo del paciente; para ello propone un encuentro interpersonal libre de prejuicios entre el terapeuta y el paciente.
- Propuso que el punto de partida para entender la personalidad es la tendencia humana a percibir significados en los sucesos y, debido a esto, trascender las situaciones concretas.

(Martorell & Prieto, 2013).



## Rollo May

- Uno de los principales impulsores de la visión humanista de la psicoterapia, sin embargo, critica la exclusión de los elementos negativos de la naturaleza humana.
- Uno de los principales conceptos en su psicología es el “dilema del hombre” el cual se origina en la capacidad de éste para sentirse como sujeto y como objeto al mismo tiempo. Para este autor, ambos modos de experimentarse a sí mismo son necesarios para la ciencia de la psicología, para la psicoterapia y para alcanzar una vida gratificante.
- El objetivo de la terapia existencial es el de aumentar la consciencia del paciente respecto a su propia existencia, y de esta manera ayudar a que experimente su existencia real.

(Martorell & Prieto, 2013).

## Abraham Maslow

- Busca formular un sistema holístico abierto a la variedad de la experiencia humana y, por lo tanto, el rechazo al establecimiento de un método único para acercarse a esta diversidad.
- Concepto central de su psicología es el de autorrealización. Esta hace referencia a que en los seres humanos existe una tendencia innata a sacar el mayor provecho posible de sus propios talentos y potencialidades.
- Desarrolló una jerarquía de necesidades (aportación más conocida):

- 1º nivel: necesidades fisiológicas.
  - 2º nivel: necesidades de seguridad.
  - 3º nivel: necesidades de pertenencia y amor.
  - 4º: necesidades de estima.
  - 5º nivel: necesidad de desarrollo de autorrealización. El proceso que lleva a la autorrealización culmina en la experiencia cumbre.
- Este autor creía que no se podían satisfacer las necesidades superiores, ni auto-actualizarse, si no hay un libre dominio de las necesidades inferiores (salud psicológica).

(Martorell & Prieto, 2013).

#### Carl Rogers

- Terapia centrada en el paciente.
- Para este autor el ser humano nace con una tendencia realizadora (concepto central de su teoría) que, si no se tuerce por los sucesos de la crianza puede ser como resultado una persona de pleno funcionamiento, alguien permeable a nuevas experiencias, capaz de reflexión, espontáneo y capaz de valorar a otro y a sí mismo.
- Su enfoque psicoterapéutico enfatiza la actitud y cualidades del terapeuta como elemento esencial del cambio, por lo que cualidades como la empatía, la autenticidad y congruencia son esenciales en el terapeuta para que se pueda producir un cambio terapéutico.

(Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

#### 4.6.6 El modelo sistémico

El modelo sistémico ha llegado a ser en los últimos años uno de los modelos más populares no sólo entre los psicoterapeutas sino también en el campo de la asistencia y bienestar social, las organizaciones y redes sociales, la salud y los problemas escolares. Esto se debe a que su campo de aplicación característico, el trabajo con la familia, se sitúa en el centro de la vida social. Este modelo se distingue de los demás modelos de la intervención psicológica porque su unidad de análisis es el sistema y no el individuo. Por lo que sus bases conceptuales no son ni la personalidad y sus rasgos, ni la conducta individual, sino el sistema familiar como un todo, como un organismo estructurado e interdependiente que se comunica con ciertas pautas de interacción, y en donde el individuo únicamente es uno de sus componentes; y su valor se relaciona con la función y posición en el sistema (Feixas et al., 2016).

El modelo sistémico nació en los años cincuenta al mismo tiempo que la terapia familiar como un marco conceptual para abordarla, para comprender la complejidad de fenómenos interrelacionados. Aunque el modelo sistémico se puede aplicar a muchos otros formatos de la intervención, además del familiar. Aquí la noción de sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes. Se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación (feedback) y relaciones de interdependencia (Feixas et al., 2016).

Aplicada a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve

afectado por ellas (Feixas et al., 2016). Desde esta perspectiva, los síntomas son parte de este patrón comunicacional, y por lo tanto una característica del sistema y no sólo del que lo sufre. Por esto mismo, se trabaja con toda la familia y se tiende a orientar la intervención al alterar los patrones de interacción familiar en la que el síntoma cobraba su sentido. Por lo que desaparece así el paciente y el terapeuta como objeto de la intervención, ya que se suele trabajar en equipo (Feixas et al., 2016).

La relación terapéutica, el eje de la psicoterapia en algunos modelos, no es algo que ocurre entre el terapeuta y el paciente, sino entre un equipo y una familia (Feixas et al., 2016). La solución de problemas o síntomas, se encuentran vinculados con las relaciones que establecen los miembros del sistema entre sí, por lo que se trabaja con los patrones disfuncionales de interacción familiar (Feixas et al., 2016).

Las técnicas que se utilizan en el enfoque sistémico son muy variadas y provienen de diversas fuentes. Algunas de estas son: pautación escénica; posicionamientos; preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas; reestructuraciones, re-encuadres o redefiniciones; tareas de cambio en la pauta; tareas metafóricas, paradójicas, re-estructurantes y rituales y relatos (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014). Es importante recordar que la técnica no debe eliminar la oportunidad de construir la relación, que es primordial al momento de realizar la intervención (Feixas et al., 2016).

Para resolver el conflicto que se presenta, los psicólogos deben recrear una especie de mapa familiar y las distintas formas de interconexión entre los miembros, utilizando diferentes

herramientas, entre ellas: sesiones en las que se realizan preguntas circulares para indagar sobre la situación; introducción de nuevas pautas y elementos a través de las preguntas milagro en las que se le pide a la familia que exprese cómo sería la relación si el problema desapareciera; introducir la búsqueda de situaciones donde la interacción ha sido positiva, en las que las actitudes y reacciones han sido diferentes, para centrar la atención en estas circunstancias. Y poder fomentarlas; la reformulación positiva, donde se transforma la carga negativa con la que han etiquetado al miembro de la familia que genera el problema; la terapia breve estratégica, centrada en diagnosticar el problema y resolverlo sin modificar la estructura familiar, aquí el psicólogo observa el tipo de comunicación que existe entre los miembros, los grados de jerarquía y otro tipo de información necesaria para perfilar un objetivo (García, 2004).

Los tiempos de los tratamientos son considerablemente más cortos comparados con las terapias analíticas; las sesiones de terapia, entre 6 y 20 según los formatos, suelen ser más largas, pero también más espaciadas en el tiempo (Feixas et al., 2016).

Comúnmente el lenguaje analógico, no verbal, ocupa un lugar importante en el tratamiento (Feixas et al., 2016). Primeramente, se trabajaba con toda la familia o el sistema implicado, pero en la actualidad existen modalidades individuales, de pareja y grupales.

Por lo anteriormente expuesto, esta terapia busca identificar y diagnosticar las relaciones que existen dentro del sistema, para poder comprender la conducta individual. Estos

modelos están centrados en el presente y representan el marco conceptualmente más provocador e innovador de la psicoterapia actual (Feixas et al., 2016).

Es importante destacar que los modelos sistémicos se dividen en modernos y posmodernos; dentro de los primeros (descritos a través del documento), la actitud del terapeuta es activa proponiendo intervenciones y tareas para realizar fuera de la sesión; sin embargo, dentro de los segundos, la actitud difiere (Del Río, 2012).

La era del posmodernismo es caracterizada porque no hay recetas prediseñadas, no existen dos casos iguales, y hay una co-construcción de la realidad que le toca vivir al sistema parental o familiar el creciente individualismo. Dentro de los modelos posmodernos del enfoque sistémico encontramos; enfoques narrativos (la terapia individual, la terapia de las narrativas y la terapia feminista) y la terapia conversacional (Del Río, 2012).

La terapia individual está compuesta por: una formulación de hipótesis, un interrogatorio circular, reemplaza la neutralidad por la flexibilidad, e introduce la deconstrucción de historias (el paciente narra su historia, problema e incluye la impresión de su subjetividad). De estas narraciones se analiza la manera en la que el poder se infiltra en las relaciones interpersonales, de qué forma se conciben las cuestiones de género, el sentido que se le da a los problemas, el apego, la pertenencia, el espacio y el tiempo. Se busca deconstruir y reconstruir historias, y a lo largo del tratamiento se van reinterpretando los hechos (Del Río, 2012).

La terapia de las narrativas representa una producción escrita que el paciente prepara en su domicilio durante el transcurso de dos sesiones; esta terapia es muy útil para trabajar con pacientes introvertidos o poco comunicativos. El análisis de las narrativas se hace en la sesión siguiente (Del Río, 2012).

Según la terapia conversacional los terapeutas se equivocan al intentar colaborar en la solución de los problemas de los pacientes; ya que los problemas y las soluciones existen en el lenguaje, y por esto mismo, un problema se transforma en un dilema, y la solución en disolución; y es mediante la interacción dialógica que los problemas se disuelven (Del Río, 2012).

Por último, en la terapia feminista se abordan problemas relacionados con cuestiones de género, maltrato, violencia familiar, disfunción sexual, entre otros. A través del diálogo y la narración se busca que la mujer descalificada o golpeada se transforme (Del Río, 2012).

#### *4.7 Actividad profesional del psicólogo clínico*

La actividad profesional del psicólogo clínico abarca desde la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento psicológico y rehabilitación de los trastornos mentales (Kramer, Bernstein & Phares, 2019), hasta los fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales, que interfieren en la salud y la enfermedad de las personas (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Los psicólogos clínicos están dedicados al trabajo con seres humanos, en el área de salud mental; por lo que estudian la naturaleza y las causas de los problemas psicológicos, los principios y las relaciones que gobiernan los problemas de la conducta humana a nivel general o nomotético; y su interés principal es entender cómo esos principios y relaciones generales se plasman en la vida y en los problemas de los pacientes (Cedeño, Rodríguez, Escobar, & Sosa, 2017).

El psicólogo clínico desarrolla sus actividades en todas las etapas del ciclo vital, con: individuos, parejas, familias y grupos; así como con: instituciones, organizaciones y la comunidad; tanto en el entorno público como en el privado (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Los especialistas en psicología son capaces de atender diversas necesidades sociales, pueden apoyar con necesidades y problemas de salud mental, bienestar emocional y rehabilitación, de índole educativa, organizacional, psicosocial y cultural (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).



El psicólogo clínico ayuda a mejorar la calidad de las prestaciones y servicios; informar a los poderes públicos sobre los cometidos propios de la especialidad; y desarrollar el trabajo desde una perspectiva interdisciplinar (Echeburúa, Salaberría, Corral, & Cruz-Sáez, 2012).

Estos psicólogos buscan identificar los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general; así como los trastornos mentales y otros problemas que inciden en la salud (Gómez & Peláez, 2015).

También realizan el diagnóstico de los trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales, comúnmente a través del DSM-V o DSM IV (Sperry & Sperry, 2016), e intentan establecer diagnósticos diferenciales, a través de los procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológicos oportunos (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Establecen previsiones sobre la evolución de los problemas identificados; así como de los factores relacionados y sus posibilidades de modificación (Dobson & Dozois, 2019). También elaboran una programación y evaluación adecuadas de las intervenciones, de la prevención y promoción necesarias (Sánchez, 2008).

Así mismo, desarrollan diferentes formas de intervención y tratamiento, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos disponibles (Dobson & Dozois, 2019). Y realizan actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios (Sánchez, 2008).

Estos psicólogos manejan situaciones de urgencia; diseñan y aplican las intervenciones psicológicas en procesos de enfermedades médicas; e identifican e intervienen en situaciones de crisis individuales, familiares, grupales, comunitarias e institucionales (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Los psicólogos clínicos también tienden a desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas. Así mismo, elaboran procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones para poder contribuir a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial (Gómez & Peláez, 2015).

Los psicólogos clínicos pueden supervisar las actividades de los psicólogos en formación y colaborar en la formación de otros profesionales. Así como programar y desarrollar estudios de investigación y auxiliar en los que realicen otras instituciones (Gómez & Peláez, 2015).

A continuación, se exponen las principales competencias profesionales para la especialización profesional de psicología clínica según Yáñez-Galecio (2005). Las competencias se presentan ordenadas según Conocimientos, Habilidades y Actitudes.

CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocimiento sobre instrumentos de evaluación psicológica.</li> <li>2. Conocimientos de farmacología.</li> <li>3. Conocimiento de técnicas psicológicas de intervención.</li> <li>4. Conocimientos teóricos.</li> <li>5. Conocimientos para diseñar intervenciones.</li> <li>6. Conocimientos para evaluar intervenciones.</li> <li>7. Conocer procedimientos psicoterapéuticos.</li> <li>8. Conocimientos sobre fisiología.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diferenciar entre distintos cuadros psicológicos.</li> <li>2. Capacidad de autoaprendizaje.</li> <li>3. Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica.</li> <li>4. Capaz de aplicar un modelo teórico.</li> <li>5. Saber usar manuales de diagnóstico.</li> <li>6. Habilidad para buscar información.</li> <li>7. Saber aplicar técnicas psicológicas de intervención.</li> <li>8. Habilidad de empatía.</li> <li>9. Habilidades de detección de necesidades.</li> <li>10. Saber hacer entrevistas.</li> <li>11. Capacidad para generar explicaciones.</li> <li>12. Habilidad para el trabajo interdisciplinario.</li> <li>13. Habilidades de investigación.</li> <li>14. Capacidad para dirigir investigaciones.</li> <li>15. Capacidad para coordinar investigaciones.</li> <li>16. Habilidades para el diagnóstico.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualización de conocimientos.</li> <li>2. Respeto y auto-respeto.</li> <li>3. Actitud ética.</li> </ol>

	17. Habilidades para evaluación. 18. Habilidades para la intervención psicológica. 19. Habilidad para aplicar escalas psicológicas y cuestionarios. 20. Habilidad para establecer la relación terapéutica. 21. Asertividad. 22. Habilidad para aplicar el conocimiento teórico. 23. Tolerante a la frustración. 24. Creatividad. 25. Manejo del inglés. 26. Habilidades informáticas.	
--	--	--

**Tabla 1.** Principales competencias profesionales para la especialización profesional de psicología clínica según Yáñez-Galecio (2005 p. 90).

Como se puede apreciar en la Tabla 1, las competencias descritas se relacionan directamente con conocimientos y habilidades para el diagnóstico, intervención, evaluación e investigación, acompañadas por actitudes de actualización de conocimientos, respeto y ética (Yáñez-Galecio, 2005).

En relación con el diagnóstico, la especificación de competencias va desde el conocimiento teórico hasta las habilidades de detección de necesidades en el paciente, diferenciación de distintos cuadros psicológicos y aplicación de entrevistas clínicas, aplicación de técnicas, uso de escalas, cuestionarios y manuales de diagnóstico (Yáñez-Galecio, 2005).

En el ámbito de la intervención psicológica, se destacan aptitudes relacionadas con el conocimiento para diseñar estrategias de intervención y de procedimientos psicoterapéuticos, como también se señalan habilidades específicas para la aplicación de técnicas y modelos teóricos. Así mismo, con respecto a las competencias de evaluación psicológica, se incluyen desde el conocimiento de métodos de evaluación hasta habilidades de aplicación de instrumentos; y dentro de las competencias relacionadas con la investigación, se señalan habilidades de búsqueda de información y capacidad para dirigir y coordinar investigaciones (Yáñez-Galecio, 2005).

Por otro lado, la habilidad de empatía, habilidades de tolerancia a la frustración, manejo del idioma inglés, capacidad de autoaprendizaje, habilidades informáticas y habilidades para el trabajo interdisciplinario no son habilidades exclusivas de la psicología ya que diversos profesionistas las requieren para ejercer (Yáñez-Galecio, 2005).

También se pueden apreciar competencias sobre conocimientos de farmacología y fisiología, las cuales ayudan a mejorar la comprensión del cuadro clínico, desde su sintomatología hasta la acción de los fármacos y su efecto en la conducta; por lo que la idea es conocer su influencia y mecanismos de acción para poder realizar mejores diagnósticos y optimizar la intervención, incluyendo la evaluación del proceso psicoterapéutico (Yáñez-Galecio, 2005).

Por todo lo anteriormente expuesto se puede determinar que las competencias del psicólogo clínico se pueden agrupar en cuatro categorías: diagnóstico, tratamiento, evaluación e investigación del tratamiento (Yáñez-Galecio, 2005).

#### *4.8 Formación del psicólogo clínico*

Una formación profesional de calidad implica un proceso educativo para que los alumnos adquieran los conocimientos, habilidades, actitudes y valores éticos acordes al perfil profesional establecido mediante los requerimientos del ejercicio de la profesión. Desde este enfoque, el psicólogo clínico debe recibir una preparación profesional que le permita desempeñar actividades de diagnóstico, intervención psicoterapéutica e investigación (Esparza & Blum, 2009).

El trayecto para que el estudiante ejerza como psicólogo clínico inicia con una licenciatura de aproximadamente cuatro o cinco años. Esta última incluye típicamente el entrenamiento en evaluación, investigación, diagnóstico y habilidades terapéuticas. Los estudiantes de clínica deben tomar una serie de cursos básicos como estadística y diseño de investigación, bases biológicas de la conducta, psicología social, psicología del desarrollo y psicología cognoscitiva (Trull & Phares, 2003).

La formación del alumno debe incluir programas que permitan la adquisición de habilidades clínicas del estudiante a través de la exposición a la práctica clínica. Así mismo, es fundamental que el alumno desarrolle capacidades en investigación; esto se logra a

través de cursos en estadística, métodos en computación y metodología en investigación y también a través de la participación en proyectos de esta índole (Trull & Phares, 2003).

La preparación del psicólogo no debe ser esencialmente teórica, es indispensable que el alumno aprenda haciendo aquello que se esperará de él una vez que termine sus estudios profesionales. Únicamente a través de la práctica clínica supervisada en escenarios reales, los conocimientos teóricos adquieren significado, de otra manera quedan descontextualizados y el alumno no sabrá cómo aplicarlos cuando se encuentre ejerciendo la profesión (Esparza & Blum, 2009).

El modelo para preparar a los aspirantes a psicólogos debe ser de formación integral, donde el programa de estudios incluya suficientes experiencias de aprendizaje en el que se articulen correctamente la teoría y la práctica. Una enseñanza integral formativa requiere amplios periodos de estancias prácticas en escenarios reales, bajo la supervisión de un profesional experto; esto permitirá al estudiante adquirir competencias necesarias para afrontar y resolver los problemas que surgen en la práctica (Esparza & Blum, 2009).

A continuación, se exponen las principales competencias para la formación de un psicólogo clínico:

1. Elaborar un marco comprensivo coherente y fundamentado acerca de los procesos mentales, subjetivos y del comportamiento humano utilizando principios, modelos y procedimientos científicos propios de la disciplina, para la promoción del desarrollo humano, bienestar y efectividad de personas, grupos y organizaciones;

2. Evaluar y diagnosticar fenómenos psicológicos acordes a los criterios y métodos validados por la disciplina psicológica y afines para generar conocimiento relevante y pertinente;
3. Evaluar y diagnosticar fenómenos y procesos psicológicos en personas, grupos y organizaciones con los procedimientos validados por la disciplina, para la toma de decisiones y para examinar críticamente sus consecuencias;
4. Comunicar e interactuar con personas y grupos con el propósito de analizar sus necesidades y recursos, proporcionar una reflexión y aprendizaje acerca de estos, y para la definición de las metas del servicio psicológico que se va a proveer e ir comprobando su cumplimiento;
5. Diseñar proyectos de intervención con sustento en la disciplina psicológica, orientados a personas, grupos, comunidades y organizaciones para promover la participación activa, el bienestar, desarrollo psicosocial y la calidad de vida;
6. Implementar servicios y proyectos de intervención sustentados en la disciplina psicológica, orientado a personas, grupos, comunidades y organizaciones para promover la participación, el bienestar, el desarrollo psicosocial y la calidad de vida; y,
7. Evaluar servicios y proyectos de intervención y desarrollo, sustentados en la disciplina psicológica, orientados a personas, grupos, organizaciones y comunidades, para promover la participación, el bienestar y la calidad de vida.

(González, González & Vicencio, 2014).



El egresado de la carrera de psicología debe ser capaz de desplegar estas competencias, con creatividad y flexibilidad, en los diferentes ámbitos de desempeño profesional en línea con los criterios generales, normativas éticas, legales y aspectos culturales propios de cada contexto (González, González & Vicencio, 2014).

Así mismo, González, González & Vicencio (2014) mencionan que el psicólogo clínico debe de contar con las siguientes competencias genéricas: pensamiento crítico, pensamiento reflexivo, resolución de problemas, comunicación oral, comunicación escrita, comunicación interpersonal, trabajo en equipo, sentido y comportamiento ético, pensamiento estratégico e iniciativa. Estas competencias constituyen una base común y pueden expresarse de distintas maneras mediante los diversos perfiles de egreso.

El psicólogo clínico debe estar en constante formación, puesto que las estrategias de evaluación, intervención, diagnóstico y las técnicas empleadas dentro de éstas, tienden a actualizarse de manera continua (Labrador et al., 2002).

Al término de la licenciatura los alumnos pueden hacer evaluaciones e intervenciones de tipo consejería, sin embargo, no es suficiente para realizar psicoterapia. Para poder dar terapia a pacientes, es necesario estudiar un posgrado (Trull & Phares, 2003). Los programas de formación especializada deberán basarse tanto en la realidad asistencial actual como en los avances científicos y técnicos aportados en la investigación en psicología clínica (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

La formación especializada debe cubrir los principales aspectos en el ámbito de la actividad de la psicología clínica; estos pueden abarcar desde técnicas específicas de evaluación y diagnóstico, tratamiento y áreas específicas de aplicación, hasta aspectos legales, jurídicos y normativos relacionados al campo (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

Según el Colegio Oficial de Psicólogos (2014) los principales objetivos del programa de formación especializada en psicología clínica son capacitar a los psicólogos clínicos para:

- El correcto desempeño de una atención integral cubriendo los niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación;
- El manejo de tareas de evaluación, intervención y tratamiento psicológico;
- El ejercicio interdisciplinario (trabajar junto con otros profesionales de la salud), requiriendo una visión multidimensional del sujeto y de la salud; y
- Habilitarlos en el desempeño de tareas de investigación y docencia.

Por su parte, si el psicólogo busca capacitarse para brindar terapia, es fundamental que la formación de posgrado esté dirigida a la psicoterapia o a algún modelo teórico dentro de este campo de estudio basada en la realidad asistencial actual, así como en los recientes avances científicos y técnicos de la investigación psicológica. La formación especializada en psicología clínica se sustenta sobre la práctica, por lo que es primordial que el estudiante cuente con el apoyo de un tutor (licenciado en psicología con al menos cuatro años de experiencia clínica) quién será el encargado de asesorarlo y supervisarlo durante su formación (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

La formación del psicólogo clínico representa un elemento primordial que respalda su competencia profesional; ésta es el punto de partida de la actividad profesional del psicólogo, la cual debe permanecer abierta y en continua actualización (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

#### *4.9 Habilidades del psicólogo clínico*

El psicólogo clínico es un profesional que cuenta con un gran campo para su ejercicio y, por ende, es imprescindible desarrollar determinadas destrezas y habilidades (Lazo & Véliz, 2017).

La intervención del profesional en psicología clínica inicia con el contacto entre el paciente y el terapeuta y se finaliza con la superación de los conflictos (Lazo & Véliz, 2017). Ésta se refiere a la elección, diseño y aplicación de estrategias que le permitan al psicólogo ofrecer orientación para resolver problemas en su campo de acción (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Las fases por seguir en la intervención profesional son las siguientes:

Se refiere a la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto o grupo específico de sujetos con distintos objetivos básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio y/o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se aplican diversas herramientas, tests y técnicas de medida y/o evaluación (Cedeño et al., 2017).

La evaluación es el proceso que permite la interpretación adecuada del problema, donde se identifican, especifican y cuantifican las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones del paciente; éstas son alcanzadas mediante: entrevistas, observaciones y aplicaciones de tests psicológicos (Lazo & Véliz, 2017). La evaluación psicológica es el primer paso que guía a la planeación de la intervención y sirve como punto de comparación para determinar el éxito de la terapia (Lee & Hunsley, 2018).

El objetivo de la evaluación es el análisis de la persona, de sus conflictos o problemas, pero la evaluación psicológica no se limita a este aspecto evaluativo (Sperry & Sperry, 2016). Las acciones humanas llevadas a cabo con el objetivo de cambiar la conducta personal o social pueden ser también objeto de evaluación; por lo que la evaluación de tratamientos o programas forman parte de esta acción (Cedeño et al., 2017).

Los métodos de evaluación y clasificación ayudan a los psicólogos clínicos a describir la conducta alterada y planear las intervenciones que se necesitan para poder cambiarla (Sperry & Sperry, 2016). Ningún instrumento de evaluación se considera completamente seguro; por lo que la evaluación casi siempre se realiza utilizando distintas técnicas, para así ofrecer una base más sólida y contar con una descripción más completa y exacta del individuo (Sarason & Sarason, 2006). Por otro lado, el diagnóstico es el resultado del proceso de evaluación psicológica que le permite al psicólogo clínico tomar decisiones sobre la severidad o gravedad del problema, sus especificaciones y las directrices del tratamiento (Cedeño et al., 2017).

El diagnóstico ayuda a determinar la naturaleza de la dolencia mental, mediante la entrevista, observación del comportamiento y la aplicación de tests. No sólo nos informa sobre la estructura normal o patológica del examinado, sino que contribuye al estudio de la etiología de los síntomas (Sarason & Sarason, 2006). Por lo que es la declaración del problema, con una valoración adecuada y eficaz utilizando una metodología científica, comúnmente a través de instrumentos diagnósticos como: el DSM V y el CIE10 (Lazo & Véliz, 2017).

Los psicólogos clínicos recaban de sus pacientes información sobre: conducta, capacidad actividad intelectual, entre otros aspectos de su vida; para hacer un diagnóstico y describir las características de la personalidad, aplicar el tipo de tratamiento psicológico adecuado, suministrar datos e informes de los problemas psicológicos del paciente, seleccionar posibles candidatos para un proyecto de investigación psicológica, que sirvan de comparación para evaluar los resultados que se obtuvieron con un tratamiento y para múltiples cosas más (Cedeño et al., 2017).

Por su lado, el tratamiento, también llamado psicoterapia, modificación de la conducta, asesoramiento psicológico, etc. consiste en ayudar a los pacientes a solucionar y entender los problemas clínicos que presentan (Cedeño et al., 2017). Se refiere al proceso en el que se alcanzan los objetivos planificados. Como se describió con anterioridad existen diversos tipos de tratamientos: psicoanálisis, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, terapia sistémica, etc. por lo que es obligación del psicólogo adoptar el modelo o modelos

que mejor se adecuen al caso presentado. Para que el psicólogo pueda aprender a utilizar cualquiera de estos modelos es necesario que estudie una maestría. Se puede realizar con individuos, parejas, familias, grupos y comunidades; y comúnmente incluye una alianza terapéutica o trabajo multidisciplinario (Lazo & Véliz, 2017).

La planificación del tratamiento fomenta la salud del paciente por medio del establecimiento de objetivos sobre los problemas presentes; aquí se deben considerar los aspectos éticos y morales, exigencias imprescindibles para la práctica profesional, ya que en todo momento se busca la protección y el bienestar del paciente (Lee & Hunsley, 2018).

Las conclusiones y recomendaciones del proceso terapéutico hacen referencia a los resultados conseguidos en la intervención, a través de la percepción clínica de las diferentes herramientas aplicadas; y las sugerencias declaradas por el psicólogo, con el fin de dar continuidad al proceso de intervención (Lazo & Véliz, 2017). El psicólogo tiene que ser capaz de comunicar correctamente el proceso terapéutico realizado a través de la redacción de informes, programas, ensayos, reseñas, artículos, etc. (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

En otra instancia, la prevención y promoción de la salud es una parte importante del quehacer del psicólogo clínico. Estas se refieren al trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos clínicos en el área de salud dirigidas específicamente a la salud mental. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centran en: capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad; analizar la problemática de las personas con

prácticas de riesgo y emergencias; incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes o sobre los factores de riesgo; fomentar y promover los hábitos de salud en la población general y promover una mayor accesibilidad a instrumentos preventivos (Cedeño et al., 2017). Es importante que los psicólogos participen en el diseño de programas y proyectos relacionados con la salud y el bienestar de los pacientes, en escenarios tanto públicos como privados y elaboren actividades y programas que impulsen comportamientos saludables, reduzcan malos hábitos y promuevan conductas adaptativas (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Así mismo, la investigación es uno de los aspectos que distingue a la psicología clínica, incluye: la construcción y validación de tests y/o pruebas psicométricas; el estudio del proceso y del resultado de los tratamientos psicológicos; la determinación del valor pronóstico de determinadas variables, la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas; el análisis de contextos infantiles, geriátricos, etc.; la comparación de tratamientos psicológicos y farmacológicos de distintos trastornos (Cedeño et al., 2017). Por lo que una de las labores de este psicólogo es diseñar y llevar a cabo proyectos de investigación aplicada, como, por ejemplo; los riesgos de salud de la población de los servicios de atención clínica.

Por otro lado, el psicólogo clínico debe seguir ciertas medidas a nivel institucional y laboral, desarrollando competencias conductuales, es decir habilidades sociales que le permitan comunicarse de una manera efectiva con sus pacientes, que le ayuden a realizar

correctamente sus labores, cumplir normas, ofrecer soluciones a los problemas y fomenten el dinamismo con su equipo de trabajo (Lazo & Véliz, 2017). Dentro de estas habilidades se encuentran:

- Escuchar activamente:

Prestar atención a lo que la otra persona expresa para poder entender, interpretar e incorporar ideas y conceptos; demostrando el entendimiento de su sentir y generando un diálogo de empatía y confianza.

- Capacidad para comunicarse:

Habilidad para expresar criterios propios con pensamientos, ideas y conceptos que sean mencionados asertivamente, es decir, de manera afectiva, clara y adecuada.

- Capacidad de liderazgo:

Guiar y direccionar a los miembros del equipo de trabajo al logro de objetivos comunes, con actitud positiva, ejerciendo influencia, siendo ejemplo y creando un ambiente seguro que ayude a facilitar el diálogo permanente y la libertad de expresar opiniones.

- Capacidad de analizar:

Todo aquello que permite extraer conclusiones sobre datos, hechos, experiencias, y poder emitir juicios de valor.



- Capacidad de juzgar:

Habilidad de emitir pensamientos y criterios propios con rectitud y lucidez, basados en valores y principios que promuevan el logro de una sociedad más justa, equitativa y saludable.

- Capacidad de automotivarse:

Voluntad de esforzarse para alcanzar un propósito, que le inspira a darse el impulso y entusiasmo generando un determinado comportamiento en busca de objetivos; no esperar ni pensar por otros, sino permitirse crecer por sí y para sí mismo.

- Conciencia de valores:

Capacidad que el individuo posee para actuar, sentir, juzgar, y afrontar situaciones con principios morales y éticos de modo coherente.

- Trabajo en equipo:

Es aquel que logra establecer confianza y comunicación participativa, creando un ambiente armónico y potencializador, de forma que, exista la comprensión de los objetivos de la actividad para coordinar y planificar con responsabilidad un determinado propósito.

- Capacidad de adaptación al cambio:

Es la capacidad de enfrentar nuevas experiencias, ser flexible, son aquellos que destacan por su incorporación rápida a un nuevo equipo de trabajo capaz de adquirir nuevas habilidades y adaptarse a nuevos tiempos.

(Lazo & Véliz, 2017).

El psicólogo clínico es un profesional que debe desarrollar cada una de las actividades anteriormente descritas, con la finalidad de ejercer su profesión con calidez y calidad (Lazo & Véliz, 2017).

#### *4.10 Principales herramientas del psicólogo clínico*

Los procedimientos y técnicas de intervención psicológicas están estrechamente relacionadas a los instrumentos, técnicas y procedimientos de evaluación. Los principales métodos que se utilizan para evaluar la conducta en el ámbito clínico incluyen: las entrevistas (desde las entrevistas libres a las entrevistas completamente estructuradas pasando por las entrevistas con distintos grados de estructuración); la observación conductual (Kuittinen & Rätty, 2015); las técnicas y procedimientos de autoobservación y autorregistro; tests; autoinformes: escalas, inventarios y cuestionarios; registros psicofisiológicos; y otros procedimientos de apoyo a la observación de las conductas y encuestas (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

La actividad profesional de los psicólogos clínicos está relacionada a la utilización de ciertos instrumentos, cuyo uso y correcta aplicación e interpretación de resultados supone un nivel de entrenamiento específico (Sperry & Sperry, 2016); el cual se adquiere mediante la fusión de los conocimientos básicos de la psicología junto con los que se adquieren en el curso del aprendizaje de la especialidad. En algunos casos, es necesario un entrenamiento específico extraordinario; sin embargo, son imprescindibles los conocimientos básicos de la psicología para el uso adecuado de dichas herramientas (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

A continuación, se explican a fondo las herramientas que se utilizan con mayor frecuencia en la práctica profesional de los psicólogos clínicos:

Por su lado, la entrevista busca identificar los problemas y determinar la causa y la gravedad de la conducta desadaptada. Es el instrumento de evaluación que se emplea con mayor frecuencia (Sarason & Sarason, 2006) y la herramienta principal del psicólogo clínico, ya que tiene la cualidad de ser versátil y flexible, se moldea según la finalidad, se adapta a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del terapeuta (Muniz, 2018).

La entrevista ayuda a conocer quién es el sujeto que acude a consulta; qué le sucede (diagnóstico) y a qué se debe su sufrimiento; pero también, este instrumento permite discernir qué tipo de intervención es la más adecuada; por lo que el psicólogo tiene que ser capaz de evaluar la situación con rapidez, para poder desarrollar una estrategia clínica apropiada con base en la evaluación (Muniz, 2018).

En cambio, las escalas suelen utilizarse para instrumentos de evaluación de rasgos no referidos a habilidades o capacidades, por ejemplo: estilos, actitudes y opiniones. Sus elementos comúnmente se ordenan en función de grados, por ejemplo: desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo, o bien, dando graduación numérica (de 1 a 5, de 0 a 10, etc.). Las respuestas se suman dando lugar al puntaje final que indica el grado en el que el sujeto presenta dicha variable (Muniz, 2018).

Los tests psicológicos, por su parte, son los instrumentos de medición psicológica que miden habilidades cognitivas, como inteligencia verbal o ejecutiva. Los elementos que lo componen implican respuestas “correctas” e “incorrectas”; estas respuestas se suman para dar lugar a un puntaje de escala que indica un mayor o menor grado de habilidad. Por lo que buscan comparar al individuo con su grupo de referencia. No existe un test único que pueda medir todas las características de los sujetos, por eso existen diferentes clasificaciones como: test de inteligencia, de rendimiento y de personalidad. También es importante corroborar si la versión del test que se está utilizando está adaptada a la población objetivo (Muniz, 2018).

Las pruebas de personalidad y otros métodos de evaluación se emplean en los ambientes clínicos para hacer diagnósticos, decidir si se necesita tratamiento y planear el tratamiento que se va a utilizar. Un ejemplo, son las escalas de registro; aunque existen muchas otras técnicas de evaluación de la personalidad; esta es una de las más respetadas y versátiles (Lee & Hunsley, 2018).

Los cuestionarios suelen estar formados por elementos cuyas opciones de respuesta no son guardadas ni están necesariamente relacionadas; éstos no presentan respuestas correctas o incorrectas; y tampoco evalúan habilidades. Por ejemplo, estos instrumentos pueden evaluar: preferencias, intereses, opiniones, actitudes, profesión, entre otras (Muniz, 2018).

Así mismo, los inventarios comúnmente se utilizan para evaluar rasgos de personalidad, no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que se expresa acuerdo-desacuerdo o verdadero-falso respecto a estos elementos (Muniz, 2018).

Para utilizar cualquier instrumento de evaluación psicológica es necesario prestar atención a algunas de sus características. Existen múltiples investigaciones que señalan dos importantes cualidades de los instrumentos: fiabilidad y validez; éstas describen si las puntuaciones del test son precisas (fiabilidad), y si son relevantes desde el punto de vista psicológico (validez). Por ejemplo, un test de depresión es fiable si el puntaje obtenido por un sujeto es preciso y con poco grado de error, y es válido si se distingue si una persona padece o no depresión (Muniz, 2018).

La disciplina psicológica denomina técnicas proyectivas a aquellos instrumentos de exploración de la personalidad, cuyo objetivo es favorecer el despliegue del mecanismo descrito con el propósito de que aspectos del mundo interno del sujeto se expresen y se desplacen hacia el estímulo presentado. Dependiendo de las características del estímulo presentado y del tipo de respuesta que se demande al paciente, es posible establecer una clasificación de técnica proyectiva (Muniz, 2018).

En las técnicas proyectivas gráficas el estímulo presentado es una consigna verbal, y se demanda una respuesta gráfica. En las técnicas de manchas de tinta; como el test de Rorschach, se le solicita al examinado una respuesta a partir de un estímulo estructurado (la mancha). En las técnicas temáticas, se ofrecen escenas que representan diversos temas, con los cuales se espera que el sujeto construya, a partir de la consigna planteada, un relato con las características de una verdadera historia que articule un pasado, un presente y un desenlace. También existen las que son exclusivamente verbales como el test desiderativo, cuya consigna principal establece “¿Qué es lo que más le gustaría ser si no fuera persona?” (Muniz, 2018).

Las técnicas proyectivas gráficas son técnicas de bajo costo y la aplicación es sencilla, ya que únicamente se requiere de una hoja en blanco y un lápiz. Constan de dos partes: la producción gráfica (dibujo), obtenida a partir de una consigna que indica el tema a representar y un reactivo verbal cuyo objetivo es la obtención de asociaciones del sujeto acerca de su producción. Los temas más utilizados son: el dibujo libre, el dibujo de la figura humana, el dibujo de la familia, el dibujo de la casa-árbol-persona, entre muchos otros. El reactivo verbal puede adquirir diversas modalidades: solicitud de una historia a partir del dibujo, preguntas semi-dirigidas, cuestionario, completamiento de frases incompletas referidas al gráfico, etc. (Muniz, 2018).

En el ámbito de la psicología clínica se trabaja con la aplicación individual de las técnicas; ya que no se recomienda la aplicación colectiva, puesto que se pierden datos relevantes

para el análisis; como las verbalizaciones, el lenguaje gestual, actitudes en diferentes momentos de la actividad gráfica, tiempo total y parcial empleado, etc. (Muniz, 2018).

En todo test es posible identificar tres etapas:

- La aplicación:

Materiales preestablecidos que no deben modificarse puesto que hacen a la situación estandarizada que define un test psicológico.

- La evaluación:

Se refiere al momento posterior y separado de la aplicación en el que se otorgarán valores ya sea cuantitativos o cualitativos a la producción del sujeto con pautas previamente fijadas.

- La interpretación:

Momento en el que se intentará revestir de los sentidos de las respuestas obtenidas; por lo que se procesa el material empírico obtenido (datos e las entrevistas, lenguaje, respuestas de los test, vivencias que provocan, etc.).

(Muniz, 2018).

Las pruebas psicológicas limitan la libertad de expresión del paciente; por lo que las respuestas que se obtienen de éstas permiten cuantificar y comparar con mayor facilidad que las respuestas más abiertas y sin estructura como las obtenidas en las entrevistas (Sarason & Sarason, 2006).

Así mismo, gran parte de los psicólogos clínicos interpretan los resultados psicométricos cuantificados con base en las observaciones conductuales, para lograr un perfil más completo del paciente (Sarason & Sarason, 2006).

Las técnicas psicofisiológicas ayudan a conocer acerca de respuestas conductuales que no son posibles de comprender a simple vista y que están relacionadas con una condición psicológica. Es decir, conocer qué sistemas fisiológicos son sensibles y varían ante un evento o condición que implica a los procesos mentales, a las emociones y al comportamiento (Muniz, 2018).

Las técnicas de evaluación corporal se hacen cada vez más sofisticadas y desempeñan papeles más importantes en el diagnóstico. Los psicólogos clínicos le ponen atención a los mensajes no verbales que reciben por medio de la evaluación corporal; ya que las funciones del cuerpo también pueden reflejar las motivaciones y preocupaciones de la persona. Se han desarrollado instrumentos complejos para medir esos cambios fisiológicos, como la dilatación de la pupila, la presión sanguínea y las respuestas eléctricas de la piel en condiciones específicas; un ejemplo de estas técnicas es el polígrafo (Sarason & Sarason, 2006).

En la literatura se suelen utilizar estos términos de manera indistinta; por ejemplo; si se lee acerca de un cuestionario de personalidad, no necesariamente se refiere a un cuestionario, ya que probablemente sea una escala o inventario (Muniz, 2018).



Los entrevistadores toman notas escritas y mentales y van interpretando de manera subjetiva la muestra de la conducta que van observando (Sarason & Sarason, 2006). Por lo que la observación es una herramienta fundamental del psicólogo clínico. Existen diferentes tipos de observación; a continuación, se comparan los más representativos: la naturalista y la controlada (Rooney & Ness, 2019)

Una de las principales características y utilidades de la observación naturalista es que puede llegar a producir grandes muestras de conductas libres, espontaneas y reales del paciente presentadas en situaciones necesarias para que el especialista realice su evaluación. Una de sus mayores desventajas se encuentra en la espontaneidad y baja frecuencia de las conductas de interés, ya que no siempre se presentan en este tipo de observación (Rooney & Ness, 2019). Así mismo, existen factores ambientales que pueden hacer que la observación naturalista presente menor calidad de la información, como cuando el paciente se sale del campo visual o auditivo de observación, lo que provoca que el observador pierda contacto con la conducta de interés. El observador no va a poder obtener esa misma información a menos que se repita la situación, lo cual es poco probable, por lo que esto representa otra de las limitaciones de este tipo de observación (The Open University of Hong Kong, 2012).

Por otro lado, la observación controlada establece situaciones especiales en las que se puede observar; por lo que el observador planea, controla e influye en la situación; por esto mismo, su principal ventaja radica en que éste último puede llevar la conversación hacia donde le convenga para registrar conductas y datos necesarios para su evaluación. Una de

las funciones de este tipo de observación es recoger información acerca de un objetivo específico, debido a que el campo está debidamente delimitado y tiene una finalidad concreta. Una de sus principales desventajas se centra en que el observador puede estar influenciado por la situación y ésta se puede ver influenciada por el observador. En cierta medida, el observador tiene más control del ambiente que en una observación naturalista, por lo que ciertos factores que podrían afectar la conducta de los pacientes quedarían eliminados; ayudando a que el especialista no pierda contacto con la conducta de interés (The Open University of Hong Kong, 2012).

La observación controlada ha brindado significantes aportaciones a la evaluación conductual, principalmente porque dentro de ésta se debe de presentar atención a los cambios que se generan durante el tratamiento; es decir, es importante observar hasta qué punto se está consiguiendo el objetivo o la meta del tratamiento; así mismo es importante detectar lo más rápido posible los problemas que pueden surgir durante la aplicación del tratamiento y ver si es necesario cambiar de estrategia, ya que la evaluación conductual está estrechamente relacionada con el plan de intervención, por esto, el evaluador debe de estar al pendiente de los cambios en la vida del paciente, ya que estas modificaciones deben ser beneficiosas; tanto en la calidad de vida, la sintomatología, el funcionamiento psicosocial como en la salud mental y física del paciente. Gracias a la observación controlada se han podido observar conductas específicas dentro de escenarios previamente establecidos, controlando los factores ambientales que puedan influir en éstas, favoreciendo así la elaboración y el establecimiento de técnicas que sirvan y sean útiles para producir cambios en el comportamiento de las personas (Bernstein & Nietzel, 1982).

Así mismo, la observación controlada proporciona resultados importantes que nos ayudan a encontrar la relación que existe entre la conducta de interés y los factores involucrados, ya que se observan conductas específicas en situaciones controladas; por lo que este tipo de observación favorece la realización del análisis funcional de la conducta (Bernstein & Nietzel, 1982).

Por último, es importante señalar que una de las bases de la evaluación conductual es la autoobservación y el autorregistro; en donde el sujeto observa y registra las veces que se presentan sus conductas (Pérez-Pareja, 1997).

El autorregistro es muy útil tanto para la evaluación como para fines terapéuticos. En la primera, puede utilizarse para obtener datos durante algunas de las fases del contacto terapéutico; con esto se pueden establecer patrones que ayuden a la selección de conductas y posibles técnicas de tratamiento; y también se utiliza para registrar la frecuencia de las conductas seleccionadas para evaluar el éxito o fracaso de este último (Pérez-Pareja, 1997).

Por otro lado, cuando se utiliza para la obtención de datos, el autorregistro ayuda a conocer la frecuencia de la conducta y favorece su cambio de frecuencia. Por lo que, a través del autorregistro las conductas evaluadas positivamente aumentan y las negativas disminuyen. Por esto mismo es que se ha utilizado principalmente para fines terapéuticos, es decir, para alterar la frecuencia de una conducta (Pérez-Pareja, 1997).

El autorregistro tiende a producir cambios en la conducta misma, a este proceso se le llama reactividad, y aunque presenta algunos problemas relacionados con la exactitud de los datos, es muy útil en terapia debido a que la dirección del cambio casi siempre es positiva; es decir, las conductas deseables tienden a aumentar en frecuencia cuando se autorregistran, y las no deseables tienden a disminuir. La alta reactividad es lógica, ya que el individuo es quien registra su propia conducta y se da cuenta si ocurre o no la conducta y con qué frecuencia; por esto es que existe una retroalimentación inmediata que puede inhibir o desinhibir la conducta (Pérez-Pareja, 1997).

El autorregistro se ha aplicado a la evaluación de diferentes trastornos de la conducta, como, por ejemplo; la conducta antisocial, trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios, el síndrome de Tourette y el abuso del alcohol (Herbert & Nelson-Gray, 1997). Así mismo, es un componente en muchos de los programas de terapia y evaluación conductual, ya que muchas conductas significativas son internas, por lo que requieren algún tipo de autorregistro y auto informe (Pérez-Pareja, 1997).

Una de sus ventajas es que el auto-informador, o sea el paciente, puede proporcionar datos más completos que los observadores, ya que son los que están presenciando las conductas. Así mismo, permite recopilar datos en tiempo y entorno reales, por lo que el autorregistro es una característica clave en todos los programas de autocontrol (Pérez-Pareja, 1997).

#### *4.11 Ética del psicólogo*

La ética es un elemento básico en la práctica profesional del psicólogo; por lo que debe ser la columna vertebral de la formación del mismo y de la práctica psicológica como disciplina profesional y debe orientar y regular la investigación científica (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

La ética puede ser descrita, como la promoción del desarrollo humano saludable, en los individuos, grupos y la sociedad, independientemente de las estructuras teóricas o puntos de vista personales (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010); e implica un análisis de las reglas o valores establecidos por la sociedad (Coffin, Yoseff, Cedillo, López, Suárez, & Anguiano, 2018).

Un Código Ético sirve como protección, tanto para los pacientes como para los terapeutas, y representa un importante recurso para la enseñanza y la práctica de la psicología (Rooney & Ness, 2019). Éste sirve como un instrumento didáctico orientador y jurídico para la explicación de los derechos y las obligaciones de los psicólogos y pacientes. Así mismo, constituye una orientación para la práctica profesional cuando se presentan dilemas éticos difíciles de solucionar (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Para aprender a resolver los dilemas éticos, a los cuáles todos los psicólogos están expuestos, las ciencias de la salud han establecido ciertos principios: los principios de la bioética, los cuales guían la forma en la que actúan los psicólogos de todo el mundo (Chamarro, 2007). Éstos ayudan a que los psicólogos tomen decisiones éticas y morales,

tomando como punto de partida el respeto absoluto a la dignidad humana (Coffin et al., 2018).

El surgimiento de la bioética constituye un cambio de paradigma en la relación profesional de la salud y paciente, ya que ésta reconoce el derecho del paciente a saber lo que tiene y a tomar las decisiones que crea más convenientes (Mendoza, 2004). Las principales preocupaciones bioéticas en la práctica de las ciencias de la salud mental son: el respeto a la autonomía, señalando que el profesional de la salud mental se encuentra en una posición en la que podría manipular la conciencia de su paciente; ya que asiste a alguien vulnerable que solicita su ayuda. También, del apoyo, pero no dependencia; indicando que los procedimientos terapéuticos deben dirigirse a fomentar la independencia del paciente. Así como de la no lesión a través de la negligencia, la ignorancia, la impericia o la ruptura de la confidencialidad; y de la no discriminación, marginación o segregación de los pacientes, refiriéndose a la equidad en la distribución de los recursos (Coffin et al., 2018).

Cuando se concretan los principios bioéticos en la práctica clínica, se hace un correcto uso de las técnicas y procedimientos; se respeta el trabajo de los colegas; los psicólogos no se aprovechan de la ignorancia o desconocimiento del paciente para obtener beneficios económicos o de otra índole; se establece una relación terapéutica fundamentada en la verdad; se protege y defiende los derechos de los pacientes; se diferencia entre la enfermedad y el enfermo; se colabora en alejar los riesgos o peligros que puedan amenazar a los pacientes y se respeta a cada ser humano sin discriminación (Chamarro, 2007).

En la práctica de la psicología se contrastan los valores del psicólogo con los de los pacientes, por lo que los psicólogos tienen que ser capaces de respetar los sistemas de valores que practiquen sus pacientes. Así mismo, están obligados a hacer valer el derecho de confidencialidad; evitar afectar la voluntad del paciente; informar sobre los procedimientos e intervenciones a realizar y solicitar consentimiento cuando se aporte información fidedigna sobre los beneficios y los riesgos del tratamiento (Rooney & Ness, 2019).

Una de las premisas más respetadas en psicoterapia es el consentimiento informado; éste se refiere al proceso a través del cual se comparte con los pacientes información destinada a aplicar su capacidad de elección racional frente a la decisión de realizar o no algún tratamiento; informándole acerca de riesgos, duración, costo, impacto social y familiar, y acerca del beneficio terapéutico directo (Coffin et al., 2018).

#### 4.11.1 ¿Qué es el Código Ético del Psicólogo?

Es fundamental que todos los psicólogos estudien, analicen y ayuden a mejorar el Código Ético del Psicólogo, ya que éste establece las normas a las que se deben ajustar los servicios, investigación, docencia, pruebas, métodos de registro, medición y evaluación, las relaciones entre colegas y cualquier otra actividad relacionada con la profesión. También es importante conocerlo para que así los alumnos, padres maestros y otros profesionales puedan tener un parámetro de cómo se espera que un psicólogo actúe; y sean capaces de tomar decisiones sobre quién es la persona adecuada para atenderlos, así como

la teoría, la técnica y el tratamiento que se va a emplear (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

El psicólogo asume la responsabilidad de garantizar en todo momento el bienestar de los individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la psicología. Adhiriéndose a los siguientes principios:

- 1- Respeto a los derechos y la dignidad de las personas.
- 2- Cuidado responsable.
- 3- Integridad en las relaciones.
- 4- Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

(Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Por lo que el Código Ético se entiende como un instrumento para:

1. Garantizar la protección de los pacientes de los servicios psicológicos.
2. Garantizar la protección del psicólogo.
3. Vincular explícitamente las normas que prescriba con principios generales.
4. Apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología.
5. Ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como en la educación de terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.
6. Fomentar la confianza en la función del psicólogo.

(Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, p. 5).



Si no se respeta la integridad de la persona y no se cuida su bienestar individual y social; si no se mantiene la dignidad profesional y personal; si se exhibe al consultante; si no se conserva, hasta donde sea posible, el anonimato de la persona; o se evita que repercutan los estados de ánimo del psicólogo, provocados por problemas personales; si no se respeta sin discriminar, las ideas, políticas y religiosas, así como la vida privada de la persona, como su nacionalidad, sexo, edad, posición social u otra característica (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007); en primera instancia, el profesional va a estar violando el compromiso y responsabilidad que desde un principio asumió al convertirse en psicólogo; y, por otro lado, no va a lograr que el paciente se sienta cómodo y en confianza y por ende no va a ser capaz de realizar correctamente sus obligaciones.

Un Código Ético nunca es un producto terminado, ya que siempre habrá nuevas situaciones dadas por el avance científico y tecnológico, así como la práctica profesional que obliguen a renovarlo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

Todo psicólogo tiene la obligación de conocer y estudiar el Código Ético del Psicólogo; ya que la falta de conocimiento o comprensión de una norma ética no justifica una defensa contra una queja o acusación por cometer faltas éticas; puesto que el psicólogo tiene la obligación de actuar dentro de las leyes vigentes y familiarizarse con los reglamentos que gobiernan su actividad profesional (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

La permanente evaluación del Código Ético del Psicólogo, la investigación continua de dilemas éticos y la retroalimentación de su aplicación servirán para mejorarlo y modificarlo

continuamente, siempre con el propósito de aumentar su eficacia (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

#### *4.12 Deontología psicológica*

La deontología hace referencia a los deberes que rigen el ejercicio de una profesión (Bados, 2008), es decir, al conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional; estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionistas en el desempeño de su actividad profesional. Está basada en valores como en el respeto, la integridad, la confianza, la objetividad, entre otros; con el fin de mejorar el desempeño profesional del psicólogo (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010).

Su objetivo específico es la regulación de sus prácticas públicas a través de la formulación de códigos deontológicos, relacionados con los dilemas éticos presentes en la actualidad (Sánchez, 2012).

Por lo que la deontología está orientada al deber y es fundamental para el mundo profesional y, en específico, para profesionales que comportan una elevada responsabilidad social, como es la psicología (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010).

Dentro del código deontológico se estipula que el psicólogo sólo podrá recoger la información estrictamente necesaria para desempeñar las tareas para las que ha sido requerido y siempre con la autorización del paciente (Bados, 2008).

La deontología debe ser el primer punto de partida en cualquier evaluación profesional, ya que ésta tiene que regir el comportamiento que se debe de tomar como psicólogo ante los casos presentados (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010); sin embargo, una vez que uno se enfrenta a situaciones que pueden rebasar la barrera delimitada por la deontología, por ejemplo, casos de abuso sexual, la confidencialidad pasa a segundo plano y la ética a primero.

La deontología es una subdivisión de la ética, por lo que, la evaluación de las acciones de los psicólogos clínicos debe ser regida primero por códigos éticos humanos y después por códigos deontológicos y profesionales (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010).

Son las mismas comunidades profesionales y científicas las que especifican los parámetros éticos y legales que guían y regulan las acciones pertinentes de estos psicólogos, ajustándose a legislaciones vigentes en el marco de los principios básicos de derechos humanos. Por esto mismo, es importante acompañar a la intención normativa deontológica, la deliberación autónoma y crítica de la ética (Sánchez, 2012).

La psicología es una profesión que cumple una finalidad tanto humana como social; no es una actividad mecánica ni automatizada. En ocasiones la psicología se ve obligada a recurrir a estrategias y resoluciones acordes a la situación que se está presentando y sobre las que la ciencia no ha hecho consideraciones; es cuando en este margen de imprevisión ante lo que es necesario saber y hacer; es fundamental reconocer los límites y evitar ejercer

acciones que violen de alguna manera los códigos conductuales deontológicos (Bermejo, 2008).

#### *4.13 Evaluación de la eficacia de los tratamientos*

La eficacia de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan. Los autores que defienden una línea más científica consideran únicamente como eficaces los tratamientos que cumplen las siguientes condiciones:

1. Han sido investigados mediante correctos diseños experimentales de grupo o de caso único;
2. Han obtenido resultados superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo, y/o resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz;
3. Los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes. Además, los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben estar claramente especificadas.

Por otra parte, el concepto de efectividad o utilidad clínica de las intervenciones implica tres aspectos:

- a) Generalizabilidad de los resultados de los estudios realizados en condiciones artificiales a los contextos clínicos reales, lo que implica verificar que los resultados obtenidos con los sujetos y terapeutas “experimentales” y con los métodos de trabajo que se utilizan en los contextos artificiales sean reproducibles en la práctica clínica real;

- b) Viabilidad de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, malestar, duración, efectos secundarios, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales; y
- c) Eficiencia: relación costes/beneficios para el cliente y para la sociedad.

(Bados, García-Grau & Fusté, 2002, p. 479).

El primer paso para determinar la eficacia de la terapia psicológica es demostrar que los tratamientos son superiores a la recuperación espontánea (no tratamiento). La recuperación espontánea, sin terapia psicológica formal, ha sido cifrada en un 30-40% de los casos, aunque los datos varían dependiendo de los trastornos; por ejemplo, las remisiones son frecuentes en la depresión y raras en los trastornos psicóticos, dependencia de sustancias, trastornos obsesivo-compulsivos, hipocondría y agorafobia; y la remisión espontánea se da comúnmente en los tres primeros años (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Según diversos autores, como Bados, García-Grau & Fusté (2002), la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento, ya que la persona tratada promedio está mejor que el 66-73% de las personas que no buscan ayuda psicológica.

#### 4.13.1 Tratamientos considerados eficaces

Algunos psicólogos sugieren que las terapias psicológicas más importantes, como la conductual, psicoanalítica, sistémica, cognitivo-conductual y humanista son igual de

eficaces; aunque otros indican que la terapia de conducta es la más eficaz de todas, al menos en trastornos como fobias, obsesiones-compulsivas, disfunciones sexuales, trastorno de pánico, depresión, problemas de conducta en la infancia, enuresis, ansiedad generalizada, conflicto marital, dolor crónico, trastorno negativista desafiante, entre otras (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Por otro lado, diversos estudios llevados a cabo con niños y adolescentes concluyen que los tratamientos conductuales (tratamiento conductual, entrenamiento de padres, modelado, etc.) son más eficaces que los tratamientos no conductuales; como la terapia dirigida al insight o la terapia centrada en el paciente (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Bados, García-Grau & Fusté (2002) consideran que un tratamiento es eficaz cuando al menos dos grupos independientes de investigación que han utilizado buenos diseños experimentales son superiores estadísticamente al no tratamiento o equivalentes a un tratamiento ya establecido (siempre que la potencia estadística haya sido suficiente para encontrar diferencias moderadas; esto implica 25-30 sujetos por condición). En caso de que haya varios estudios y los resultados sean contradictorios, para decidir que un tratamiento es eficaz, deben predominar los estudios de buena calidad metodológica que favorezcan al mismo.

Por otro lado, mencionan que los tratamientos posiblemente eficaces son apoyados por un buen estudio experimental en ausencia de datos conflictivos; y no han sido replicados todavía por otro grupo de investigación (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Por su parte los tratamientos eficaces y específicos hacen referencia a los que al menos dos grupos independientes de investigación son superiores estadísticamente al placebo o a un tratamiento alternativo mediante buenos diseños experimentales (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Las siguientes tablas representan, de acuerdo con los criterios anteriores, los tratamientos eficaces y específicos y los tratamientos eficaces o posiblemente eficaces para diversos tipos de trastornos en adultos y niños/adolescentes respectivamente.

<b>TRASTORNO O PROBLEMA</b>	<b>TRATAMIENTOS EFICACES Y ESPECÍFICOS</b>	<b>TRATAMIENTOS EFICACES O POSIBLEMENTE EFICACES (pe)</b>
Trastorno de pánico con agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Exposición en vivo.</li> </ul>	Exposición y entrenamiento en comunicación de pareja. Terapia cognitivo conductual con ayuda de compañero.
Trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación aplicada.</li> <li>▪ Exposición interoceptiva.</li> </ul>
Ansiedad y fobia social		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales (pe).</li> <li>▪ Desensibilización sistemática (ansiedad social y medio a hablar en público).</li> </ul>
Fobias específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición en vivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desensibilización sistemática.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Realidad virtual.</li> </ul>
Fobia a la sangre/daño		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tensión aplicada (pe).</li> <li>▪ Exposiciones promisorias.</li> </ul>
Trastorno de ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación aplicada.</li> </ul>
Trastorno de estrés postraumático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Desensibilización y procesamiento mediante movimiento oculares.</li> </ul>
Trastorno obsesivo compulsivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición y prevención de respuesta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Exposición y prevención de respuesta asistida por familia y relajación</li> </ul>
Estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inoculación del estrés</li> </ul>	
Depresión mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia interpersonal.</li> <li>▪ Terapia de autocontrol.</li> <li>▪ Resolución de problemas sociales.</li> <li>▪ Terapia marital conductual (si hay conflicto marital).</li> <li>▪ Terapia dinámica breve.</li> </ul>
Depresión en ancianos		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia psicodinámica breve.</li> <li>▪ Terapia de resolución de problemas.</li> <li>▪ Educación psicológica.</li> <li>▪ Terapia interpersonal (pe).</li> </ul>
Trastorno bipolar		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación psicológica (pe).</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual para cumplir con medicación (pe).</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia familiar.</li> </ul>
Conflicto marital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia marital conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Terapia de pareja centrada en las emociones.</li> <li>▪ Terapia marital orientada al insight.</li> <li>▪ Terapia sistémica.</li> </ul>
Disfunción eréctil		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta para reducir ansiedad sexual y mejorar comunicación.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
Disfunción orgásmica femenina		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia marital conductual.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sexuales.</li> </ul>
Vaginismo		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta basada en exposición.</li> </ul>
Bajo deseo sexual femenino		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia combinada de Hulbert.</li> <li>▪ Terapia combinada de Zimmer.</li> </ul>
Parafilias/delincuentes sexuales		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
Abuso o dependencia del alcohol.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reforzamiento en la comunidad.</li> <li>▪ Exposición señales incitadoras.</li> <li>▪ Afrontamiento del deseo.</li> <li>▪ Terapia marital conductual.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales.</li> </ul>
Dependencia opiáceos		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Terapia dinámica.</li> <li>▪ Terapia de conducta (reforzamiento).</li> </ul>

Abuso cocaína		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Prevención de recaídas.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>
Abuso de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual con prevención de recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducción programada del fumar.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual grupal.</li> </ul>
Anorexia		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Terapia familiar sistémica conductual (pe).</li> </ul>
Bulimia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia interpersonal.</li> </ul>
Sobreingesta compulsiva		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
Obesidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Hipnosis.</li> </ul>
Dolor de cabeza	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>	
Migraña		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biofeedback EMG y relajación.</li> <li>▪ Biofeedback y relajación.</li> </ul>
Dolor crónico (espalda).		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>
Dolor crónico (heterogéneo)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual y terapia física.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Biofeedback EMG.</li> </ul>
Dolor reumático	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	
Dolor por anemia.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> </ul>
Trastorno somatoforme por dolor		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual (pe).</li> </ul>
Trastorno disfórmico corporal.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual (pe).</li> </ul>

Síndrome de intestino irritable.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Hipnoterapia.</li> </ul>
Efectos adversos de la quimioterapia.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación muscular progresiva con o sin imaginación guiada.</li> </ul>
Trastorno de personalidad evitativa.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición (pe).</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales (pe).</li> </ul>
Trastorno de personalidad límite		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia conductual.</li> <li>▪ Terapia psicodinámica.</li> </ul>
Esquizofrenia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia familiar conductual.</li> <li>▪ Terapia familiar de apoyo a largo plazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programas conductuales de aprendizaje social y economía de fichas.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>▪ Entrenamiento para vivir en la comunidad.</li> <li>▪ Terapia familiar sistémica.</li> <li>Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>Terapia grupal de apoyo (pe).</li> </ul>
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenciones conductuales ambientales para problemas de conducta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reentrenamiento cognitivo y memórico.</li> <li>▪ Orientación hacia la realidad.</li> </ul>
Trastornos del sueño		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia conductual.</li> </ul>
Hábitos no deseados (ej. Tics)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inversión de hábito.</li> </ul>
Agotamiento de los cuidados geriátricos		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación psicológica.</li> <li>▪ Intervenciones psicosociales.</li> </ul>

**Tabla 2:** Tratamientos con apoyo empírico para diferentes trastornos en adultos (Bados, García-Grau &

Fusté, 2002, p. 486).

TRASTORNO O PROBLEMA	TRATAMIENTOS EFICACES Y ESPECÍFICOS	TRATAMIENTOS EFICACES
Trastornos de ansiedad		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual y entrenamiento de la familia en control de la ansiedad.</li> </ul>
Fobias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modelado</li> <li>▪ Práctica reforzada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desensibilización en vivo o imaginativa.</li> <li>▪ Modelado en vivo o filmado.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
Depresión		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual (N).</li> <li>▪ Afrontamiento depresión y entrenamiento en habilidades (A).</li> </ul>
Obesidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrenamiento conductual de padres.</li> <li>▪ Modificación de conducta en clase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de ira y estrés(A).</li> <li>▪ Terapia de afrontamiento de la ira (N).</li> <li>▪ Entrenamiento en asertividad.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Habilidades de resolución de problemas.</li> <li>▪ Programa prevención de delincuencia.</li> <li>▪ Terapia familiar funcional.</li> <li>▪ Terapia sistémica.</li> <li>▪ Terapia de interacción padres e hijos.</li> <li>▪ Entrenamiento en resolución de problemas.</li> <li>▪ Terapia racional-emotiva.</li> <li>▪ Tiempo fuera.</li> </ul>

Trastorno negativista desafiante	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrenamiento de padres basado en vivir con hijos.</li> <li>▪ Entrenamiento de padres mediante modelado en video.</li> </ul>	
Enuresis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificación de conducta.</li> </ul>	
Encopresis		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificación de conducta.</li> </ul>
Dolor de cabeza recurrente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación y autohipnosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biofeedback.</li> </ul>
Dolor abdominal recurrente		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
Dolor por intervenciones médicas (principalmente para cáncer)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	
Trastorno psicofisiológico		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia familiar.</li> <li>▪ Terapia psicodinámica.</li> </ul>
Trastornos generalizados del desarrollo (conductas indeseables)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de contingencias.</li> </ul>

**Tabla 3:** Tratamientos con apoyo empírico para diferentes trastornos en niños (N) y adolescentes (A)

(Bados, García-Grau & Fusté, 2002, p. 489).

Dentro de las Tablas 2 y 3, se debe considerar que en el caso de que el tratamiento de elección para un trastorno sea la combinación de terapia psicológica con otras modalidades de intervención, como, por ejemplo; la medicación para trastornos psicóticos o déficit de atención o intervenciones médicas para el dolor, los programas psicológicos se consideran eficaces porque incrementan los efectos de esas otras intervenciones (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Conviene resaltar que la aplicación de las terapias psicológicas con apoyo empírico no consiste únicamente en dominar las técnicas y procedimientos de tratamiento; puesto que también es necesario que el terapeuta cuente con las habilidades terapéuticas adecuadas, por ejemplo; escucha activa, empatía, autenticidad, cordialidad, confianza, etc. (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Que un tratamiento sea eficaz no necesariamente significa que sea también efectivo o clínicamente útil, esto es: viable, generalizable a los contextos clínicos reales y con una buena relación coste/beneficio. Por muy eficaces que sean los tratamientos psicológicos, difícilmente serán propiamente aplicados si no se les enseña la manera correcta de hacerlo tanto a los terapeutas que se están formando como a los clínicos que ejercen (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Bados, García-Grau & Fusté (2002) indican que la eficiencia hace referencia a los costes y beneficios para el paciente y para la sociedad generados por la aplicación de la intervención. Los costes de la terapia psicológica deben ser contrapuestos a los beneficios que produce a nivel personal, sanitario (menor empleo de servicios médicos, reducción de costes médicos) y social (disminución del absentismo laboral, menor empleo de recursos sociales, prevención de problemas en la familia o en la comunidad).

Los datos disponibles indican que, en comparación al tratamiento farmacológico, la terapia psicológica tiene una mayor relación coste/beneficio y un menor costo económico. Comúnmente la farmacoterapia es más barata que la terapia psicológica durante el periodo

de tratamiento inicial; sin embargo, puede llegar a resultar más cara porque sus efectos suelen desaparecer cuando el paciente deja de tomar la medicina. No todas las terapias psicológicas tienen el mismo costo económico; por ejemplo, las de larga duración y las individuales son más caras que las breves y que las grupales respectivamente y, por lo tanto, son menos eficientes (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

#### *4.14 Seguimiento*

Una vez transcurrido cierto tiempo desde la finalización del tratamiento, se recogen nuevos datos para comprobar el grado de mantenimiento de los cambios terapéuticos. El periodo de seguimiento puede ser más o menos largo e incluir uno o más periodos de evaluación; sin embargo, se aconseja hacer un primer seguimiento a los 3 meses, un segundo a los 6 meses y un último a los 12 meses; aunque en problemas con gran probabilidad de recaída, como los adictivos y los trastornos de alimentación, se sugiere extender el seguimiento hasta los 5 años (Bados & García-Grau, 2009).

Los seguimientos a los 3 y 6 meses, en caso de hacerse, pueden ser menos complejos que las evaluaciones antes y después del tratamiento; pero es fundamental que el último seguimiento emplee los mismos métodos e instrumentos utilizados en dichas evaluaciones. En este último control no se recomienda el seguimiento realizado por teléfono o correo, debido a las deficiencias e insuficiencias de estos métodos; aunque en ocasiones no queda más remedio que acudir a los mismos (Bados & García-Grau, 2009).

Por otro lado, además de volver a aplicar los instrumentos de evaluación previamente utilizados, es recomendable preguntarle al paciente lo siguiente (referido al periodo de seguimiento):

- Evolución del problema tratado, incluyendo posibles contratiempos o recaídas, su descripción, posibles causas y qué se hizo para manejarlos.
- Búsqueda de ayuda.
- Consumo de medicamentos para el problema tratado.

(Bados & García-Grau, 2009).

En la práctica clínica se hacen seguimientos con poca regularidad. Una razón de esto es la falta de tiempo del terapeuta; también se considera que los pacientes pueden estar poco dispuestos a participar en seguimientos y esto es cierto en algunos casos, especialmente si hay varios, si son largos, si los resultados conseguidos por el paciente no han sido buenos y/o si las circunstancias de la vida del paciente hacen más difícil su participación. Es más sencillo que los pacientes colaboren con el seguimiento si durante el tratamiento se presenta este como una parte normal del proceso (Bados & García-Grau, 2009).

La información recogida durante el seguimiento se compara con la obtenida al final del tratamiento y con los criterios de significación clínica para evaluar cómo está el paciente y si ha habido un mantenimiento del progreso, una mejora adicional o un empeoramiento. Cuando no hay mejora adicional o el paciente ha empeorado, es conveniente comparar los datos de seguimiento con los de la evaluación pretratamiento para valorar si sigue habiendo



diferencias clínicas y/o estadísticas significativas entre el pretratamiento y seguimiento (Bados & García-Grau, 2009).

Es fundamental tener en cuenta que las mejoras adicionales o el empeoramiento durante el seguimiento no necesariamente indican nada acerca de la calidad del tratamiento aplicado, ya que otros factores de la vida del paciente podrían ser los responsables de las mejoras o empeoramientos (Bados & García-Grau, 2009).

Si se detecta que los resultados no se mantienen, es importante comentarlo con el paciente y, si éste lo desea, analizar las causas y en función de:

- Reintroducir el tratamiento con mayor o menor extensión y/o programar mejores medios para facilitar el mantenimiento;
- Diseñar un nuevo tratamiento; o
- Reconsiderar la evaluación del problema y la hipótesis explicativa.

(Bados & García-Grau, 2009).

Durante el periodo de seguimiento pueden salir a la luz nuevos problemas, que, si el paciente lo desea, se pueden abordar (Bados & García-Grau, 2009).

Por otra parte, en cualquier momento a lo largo del proceso de intervención puede ser necesario redactar un informe clínico. Se recomienda que éste sea breve e incluya, además del lugar y la fecha, lo siguiente:

- Datos profesionales del evaluador: nombre y apellidos, cédula profesional, centro o institución y dirección.
- Datos personales del paciente: nombre y apellidos, edad, sexo, estado civil, estudios, profesión, situación laboral, etc. En informes escritos debe considerarse la protección legal necesaria.
- Motivo del informe: solicitante y razones de la realización del mismo.
- Información de los diferentes ámbitos evaluados: a) Motivo de consulta y otros posibles problemas detectados. b) Análisis del problema en la actualidad: en qué consiste y variables influyentes. c) Historia del problema: inicio, mejoras y empeoramientos y factores asociados. d) Tratamientos previos y actuales. e) Recursos y limitaciones del paciente.
- Pruebas administradas. Se mencionan las pruebas, las puntuaciones obtenidas y la interpretación de éstas. Si no se ha establecido la fiabilidad y validez de las pruebas utilizadas, deberá señalarse esto, así como otras limitaciones existentes.
- Diagnóstico. Puede seguirse el sistema DSM-IV-TR o CIE-10.
- Hipótesis explicativa. Se trata de ofrecer una hipótesis sobre el origen y, el mantenimiento del problema o problemas del paciente.
- Tratamiento. Si ha habido, se especificar en qué ha consistido y los resultados del mismo, incluyendo datos cuantitativos. Si no lo ha habido, se incluye un posible plan de tratamiento y otras recomendaciones, así como un pronóstico con y sin tratamiento.

(Bados & García-Grau, 2009).

En el informe se deben señalar las conclusiones formuladas y las limitaciones que puedan tener las interpretaciones realizadas; para esto es necesario tomar en cuenta aspectos como: pruebas pasadas, la actitud, motivaciones y comportamientos del paciente, las circunstancias bajo las que se ha obtenido la información, entre otras (Bados & García-Grau, 2009).

#### *4.15 Lugares de intervención del Psicólogo Clínico*

El tratamiento psicológico se lleva a cabo en un contexto clínico; ya sea un centro de salud mental, dentro de hospitales (públicos y privados), centros de especialidades médicas, centros municipales de promoción de la salud, centros de tratamiento de drogodependencias, centros comunitarios de salud mental, centros educativos, centros de atención psicopedagógica, centros de asistencia al menor, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros de acción social (Labrador et al., 2002), centros de rehabilitación, unidades de neuropsicología dentro de hospitales, hospitales psiquiátricos, hospitales o unidades geriátricas, centros de atención psicológica infantil, unidades de dolor crónico y de cuidados paliativos, centros de voluntariado o centros organizacionales no gubernamentales de atención a personas con discapacidades, unidades de salud laboral, equipos de psicología clínica en el ejército (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014), equipos deportivos, centros militares, escuelas, universidades, empresas y centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento (Pomerantz, 2017).



# **Lineamientos Generales para la Elección de un Psicólogo Clínico Efectivo**

---

**Saira Marem Acuña Yunes**

**Estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de México**

**Mayo 2020**



## 5. Lineamientos Generales para la Elección de un Psicólogo Clínico Efectivo

### Para comenzar

---

La siguiente guía está dirigida a pacientes que actualmente acuden a terapia y a personas interesadas en iniciar un tratamiento psicológico; esto con la finalidad de que los interesados logren identificar los conocimientos, habilidades y actitudes de los psicólogos clínicos y así cuenten con fundamentos propios para tomar una decisión tanto objetiva como bien informada en cuanto a la elección del profesional de la psicología clínica que los va a asistir, logrando con esto alcanzar tratamientos más eficaces y efectivos.



---

# Índice

---

1. ¿Qué es la psicología?.....	1
2. ¿Qué es la psicología clínica?.....	2
3. ¿Qué es un tratamiento psicológico?.....	3
4. ¿Cuándo es conveniente iniciar un tratamiento psicológico?.....	4
5. Tipos de tratamientos psicológicos.....	5
a. El Modelo Cognitivo-Conductual.....	6
b. El Modelo Conductual.....	8
c. El Modelo Cognitivo .....	10
d. El Modelo Psicodinámico.....	12
e. El Modelo Humanista.....	14
f. El Modelo Sistémico.....	17
6. ¿Qué profesionales de la salud están capacitados para brindar tratamiento psicológico?.....	20
7. Actividad profesional del psicólogo clínico.....	22
8. Formación del psicólogo clínico.....	28
9. Habilidades del psicólogo clínico.....	30
10. Principales herramientas del psicólogo clínico.....	35
11. Ética del psicólogo.....	40
a. ¿Qué es el código ético del psicólogo?.....	41
12. Deontología psicológica.....	43
13. ¿Cómo saber si el tratamiento psicológico es eficaz?.....	45
a. Tratamientos considerados eficaces.....	52
14. Seguimiento.....	53
15. ¿Dónde puedo encontrar un tratamiento psicológico?.....	55
16. Si necesitas ayuda psicológica puedes encontrarla en: .....	57

# 1. ¿Qué es la psicología?

---

La **psicología** es una ciencia que se define por el estudio de la mente y el comportamiento (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

## **Pero ¿qué es el comportamiento?**

El **comportamiento** es lo que hace la gente y conlleva alguna acción, actividad o conducta; por lo que tiene una variedad de manifestaciones que influyen la actividad mental, la respuesta fisiológica y la reacción emocional (Kassa et al., 2019).



## **Es por eso que...**

La **psicología** se enfoca tanto en el comportamiento normal como en el anormal, este último se refiere a aquel comportamiento que implica algún trastorno o desorden para la propia persona o en relación con los demás (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016).

## **Podemos decir entonces que:**

La **psicología** estudia el comportamiento en los distintos contextos, incluyendo:

- Las relaciones sociales,
- Las actividades laborales;
- El desarrollo educativo;
- La vida familiar; y
- Prácticamente todos los ámbitos del hacer humano.

(Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

## 2. ¿Qué es la psicología clínica? —

La **psicología clínica** es un campo de especialización de la psicología en donde se aplican los conocimientos y técnicas de ésta última al estudio, investigación y tratamiento del comportamiento **anormal** (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Esta especialidad de la psicología busca eliminar los comportamientos que le causan **malestar psicológico** a una persona.

Por esto mismo:

- **Se enfoca en:** el sufrimiento y la lucha contra las enfermedades.
- Y su **objeto de estudio** son los **trastornos mentales**.

(Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).



### Sus aplicaciones

Son múltiples y en distintos ámbitos, entre ellas cabe destacar sus aportaciones e instrumentos para la **evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales**, y el desarrollo en la comprensión y la forma de abordar las repercusiones psicológicas que las enfermedades físicas y sus tratamientos tienen en los pacientes (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

### Por todo lo anteriormente expuesto podemos establecer que:

La psicología clínica es una **ciencia** que se enfoca en el estudio del comportamiento; buscando conocer las causas de los trastornos.

### Y sus principales objetivos se centran en:

La evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los trastornos psicológicos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).



### 3. ¿Qué es un tratamiento psicológico?

---



Un tratamiento psicológico hace referencia a una intervención profesional basada en técnicas psicológicas, comúnmente realizada por un **psicólogo clínico** (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016); quien busca eliminar el sufrimiento del paciente y enseñarle las habilidades necesarias para que éste último pueda enfrentar los problemas de la vida diaria (Labrador et al., 2002).

#### Un tratamiento psicológico implica:

- Escuchar con atención todo lo que el paciente tiene que decir.
- Indagar en qué aspectos personales, sociales, familiares, etc. son responsables del problema/s que se está/están presentando.
- Informar al paciente sobre cómo puede resolver los problemas presentados y utilizar diversas técnicas psicológicas.

(Labrador et al., 2002).

#### El tratamiento psicológico puede llevarse a cabo con:

- Personas o únicamente una persona;
- Parejas;
- Familias;
- Grupos; e
- Instituciones.



Y puede combinar, según las necesidades del caso, el formato del tratamiento, por lo que se pueden realizar un tratamiento en grupo junto con sesiones de asistencia individual (Labrador et al., 2002).

### La intervención puede durar:

Desde unas pocas sesiones (por ejemplo, en situaciones de crisis o asesoramiento) hasta varios años (como en el psicoanálisis). Lo más común es que se extienda de 5 a 50 sesiones de alrededor una hora y de frecuencia semanal. El número de sesiones será directamente proporcional al número de problemas/trastornos y la gravedad y evolución de los mismos (Labrador et al., 2002).

### La forma habitual de tratamiento psicológico se da a través de:

Un contacto personal con el psicólogo (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016); sin embargo, también pueden utilizarse medios complementarios para cubrir algunos aspectos del tratamiento; como, por ejemplo: teléfono, internet o correo, ya sea a través de email, videoconferencia o chat (Labrador et al., 2002).



## 4. ¿Cuándo es conveniente iniciar un tratamiento psicológico?

---

Cuando la/las persona/personas presenta/n algún problema con ellos mismos y/o con otros y esto está **interfiriendo con su salud mental, física y/o emocional** (Labrador et al., 2002).

### Algunos ejemplos comunes son cuando:

- Una persona se siente deprimida, triste o desmotivada.
- La persona presenta alguna obsesión.
- Una familia tiene conflictos entre sus miembros.

- Una pareja no sabe cómo comunicarse.
- Un adolescente no sabe cómo relacionarse con sus compañeros;
- Un niño no quiere hacerse cargo de sus responsabilidades;

(Labrador et al., 2002).

### En ocasiones...

La persona no se da cuenta de que necesita un tratamiento psicológico, sin embargo, quienes conviven con él/ella se pueden percatar de la situación. Algunos ejemplos de estos escenarios son: cuando se trata de niños, de ancianos con demencia, de quienes no tienen conciencia del problema (las psicosis) o quienes lo niegan, como, por ejemplo: personas anoréxicas y alcohólicos (Labrador et al., 2002).

## 5. Tipos de tratamientos psicológicos

---

Existen diversos **modelos de intervención psicológica**; éstos varían en su forma de:

- Concebir la conducta anormal y normal y los trastornos psicológicos;
- El mantenimiento de las conductas;
- Los modos para recoger los datos necesarios;
- Los objetivos por conseguir con la intervención; y
- La forma de llevarla a cabo.

(Bados, 2008).



Tener un modelo como referencia es útil, sin embargo, el psicólogo debe complementar su conocimiento y el tratamiento de los pacientes con la comprensión y **aplicación de diversos modelos**, de esta forma tendrá mayores recursos para lograr intervenciones más efectivas (Roa, 1995).

No existe actualmente un modelo teórico único, ni mucho menos, un solo método de evaluación en la psicología clínica (Kramer, Bernstein & Phares, 2019). Los distintos modelos han ayudado al clínico a identificar las variables o hechos que necesitan ser estudiados o investigados más a fondo (Roa, 1995).

En la siguiente sección se hace una recapitulación introductoria a los **principales modelos utilizados para el tratamiento psicológico**.

---

## El Modelo Cognitivo-Conductual

---



El enfoque cognitivo-conductual es un modelo que ayuda al paciente a que **modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales** por otras más adaptativas para poder combatir sus problemas (Tamez & Rodríguez, 2017).

Como lo mencionan Tamez & Rodríguez (2017), se enfoca principalmente en:

- La **observación directa de la conducta en su medio natural**; y
- El análisis de las construcciones internas.

Con el objetivo de modificar conductas, pensamientos y desarrollar habilidades de afrontamiento ante diversos problemas de la vida cotidiana.

Existen múltiples **técnicas** dentro de este modelo, las cuales pueden trabajar con los procesos cognitivos desadaptados de los pacientes, siempre tomando en cuenta que es posible realizar una modificación de conducta a partir de los pensamientos (**cogniciones**) de éstos últimos (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

### Dentro de las principales técnicas de este modelo encontramos:

- Las técnicas **operantes** para **incrementar y mantener conductas**, como, por ejemplo; el reforzamiento positivo y negativo; y para **adquirir nuevas conductas**, como: el moldeamiento, el encadenamiento y la instigación (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).
- También técnicas para **reducir o eliminar conductas**, tales como el reforzamiento diferencial de otras conductas, el castigo positivo, el castigo negativo y la extinción (Josefowitz & Myran, 2017).
- Por otro lado, para **potenciar y/o debilitar conductas** se utilizan técnicas como el contrato de contingencias, la economía de fichas y el entrenamiento en discriminación de estímulos (Bados & García-Grau, 2011).
- La terapia racional emotiva conductual, la desensibilización sistemática, la terapia cognitiva, las técnicas de exposición, el modelado, las técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas y el mindfulness también forman parte de las estrategias diseñadas dentro esta corriente teórica (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012).



Muchos de los problemas que necesitan intervención terapéutica tienen un fundamento **cognitivo**; ya que las conductas manifiestas no siempre son el problema por el que una persona acude a consulta (Josefowitz & Myran, 2017), por lo que, también es necesario enfocarse e indagar en los **pensamientos, sentimientos, auto-verbalizaciones** y otras experiencias privadas de los pacientes (Cully & Teten, 2008).

El modelo cognitivo-conductual trata de explicar cómo se aprenden ciertas conductas durante la infancia y la adolescencia (Josefowitz & Myran, 2017); por lo que al integrar la teoría conductual y la cognitiva; se integran los **factores internos** y **externos** del paciente (Cully & Teten, 2008).

### Por lo que:

La manera en que cada persona **procesa la información** es fundamental para entender su forma de comportarse y el tratamiento adecuado a aplicar (Carr & McNulty, 2016).

---

## El Modelo Conductual

---

Este modelo, como su nombre lo indica, se enfoca en la **conducta** humana (Hayes & Hofmann, 2018).

Dentro de esta corriente el estudio del aprendizaje se refiere al estudio de la manera en la que el **comportamiento se adapta al ambiente**; puesto que se considera que el aprendizaje siempre es iniciado y controlado por este último (Leiva, 2005).

### Dentro de las características del conductismo destacan:

- Se aprende asociando estímulos con respuestas;
- El aprendizaje está en función del entorno;
- El aprendizaje no es duradero, necesita ser reforzado; y,
- El aprendizaje es memorístico, repetitivo y mecánico y responde a estímulos.

(Hayes & Hofmann, 2018).



### Rules:

- 1.
- 2.
- 3.



El conductismo **rechaza el uso de la introspección** por imprecisa, no la existencia de la mente. Debido a que considera que no pueden manejarla de forma objetiva, la hacen a un lado para no contagiar su método empírico (Leiva, 2005).

### Los modelos conductistas más importantes son:

- El condicionamiento clásico de Pavlov;
- El condicionamiento operante de Skinner; y
- El condicionamiento vicario de Bandura

(Leiva, 2005).



### Las principales técnicas dentro de esta terapia están conformadas por:

- **Técnicas de exposición**, por ejemplo: la desensibilización sistemática, inundación, implosión, exposición guiada y autoexposición;
- **Técnicas basadas en el condicionamiento operante** (reforzamiento positivo y negativo, control estimular, extinción, tiempo fuera de reforzamiento, costo de respuesta, saciación, sobrecorrección, refuerzo diferencial de otras conductas, economía de fichas y contratos conductuales);
- **Técnicas aversivas** (castigo, procedimientos de escape y evitación y condicionamiento clásico con estímulos aversivos);
- **Técnicas de condicionamiento encubierto** (sensibilización encubierta, modelado encubierto y otras);
- Técnicas de autocontrol;
- **Técnicas de adquisición de habilidades** (juego de roles, modelado, ensayo de conducta); y
- **Técnicas de relajación.**

(Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).



---

## El Modelo Cognitivo

---



Así como en la perspectiva conductual el fenómeno observable juega un papel esencial en cómo se inician y se desarrollan los trastornos humanos, la perspectiva cognitiva **enfatiza la importancia de los pensamientos y las sensaciones** (Carr & McNulty, 2016).

En este modelo se muestra la importancia en las **creencias personales, las actividades, las expectativas, las atribuciones y otras actividades cognitivas** para entender y predecir la conducta (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).



### Las teorías cognitivas mencionan que:

- Los individuos son **participantes activos en su entorno**, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas (Dobson & Dozois, 2019).
- La manera de procesar (reconocer, percibir, razonar y juzgar) la información tiene un papel fundamental para buscar entender los posibles trastornos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

### El proceso de intervención de este tipo de terapia está dirigido a:

- Modificar los patrones cognitivos disfuncionales.



- Por lo que es un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis; ayudando a las personas a **aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales** (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

#### La terapia cognitiva se enfoca en:

- La **organización cognitiva** de los pacientes, poniendo atención a los **problemas externos** que se relacionan con su malestar (Beck & Haigh, 2014).

#### Utiliza técnicas:

- Cognitivas.
- Conductuales; y
- Emotivas



- Para promover el cambio de los **pensamientos negativos**.
- Es importante señalar que muchas de estas técnicas se utilizan en la terapia de conducta, sin embargo, en esta terapia su aplicación tiene por objetivo, como se mencionó anteriormente, **modificar cogniciones** (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).



---

## El Modelo Psicodinámico

---

El modelo psicodinámico, se considera una determinación **interna de la conducta** (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

### Por lo que:

El comportamiento puede explicarse a través de distintas construcciones teóricas internas que conforman la **estructura de la personalidad**, junto con otros mecanismos internos **subconscientes**; y todo esto en conjunto determina la conducta (Maganto & Ávila, 1999).



### El término psicodinámico hace referencia a:

Un **conflicto** dentro de la misma **persona**, el cual adquiere un papel principal en el proceso de análisis.

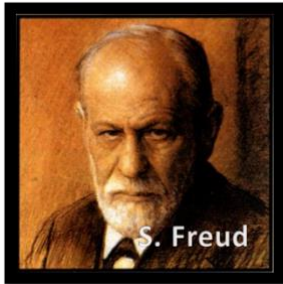
**Así que...** El **psicoanálisis** intenta llegar y revelar la fuente del problema, y así poder determinar posibles repercusiones en el paciente (Maganto & Ávila, 1999).

Es decir, se busca **descubrir y comprender los eventos inconscientes** y traumáticos del desarrollo (Labrador et al., 2002).

### Principales técnicas y métodos:

- Se basan en: observaciones **cualitativas**, dentro de un método clínico inductivo.
- Principalmente se utilizan las **técnicas proyectivas** (Maganto & Ávila, 1999).
- Así mismo, se utilizan técnicas como: **asociación libre, entrevistas, clarificación, confrontación** (Labrador et al., 2002); **la interpretación, la aclaración** y se completan con otras **intervenciones racionales**, incluyendo además el adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la

alianza de trabajo y la **transferencia** y **contratransferencia** (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).



#### Su objetivo es:

La **explicación de la conducta** del sujeto a partir de los **contenidos** y la **dinámica** de su **vida mental**; sin embargo, éste no facilita la predicción del comportamiento, principalmente esto se debe a que una entidad intrapsíquica puede estar condicionando diversas formas de conducta (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

#### Características esenciales de la terapia psicodinámica:

- Se utilizan intervenciones exploratorias e interpretativas.
- Sesiones frecuentes.
- Énfasis en eventos encubiertos dolorosos a través del entendimiento de experiencias del pasado.
- El objetivo es facilitar las experiencias emocionales e incrementar el entendimiento.
- Se enfoca en la relación terapéutica, específicamente en la transferencia y contratransferencia.
- Se utilizan diversas técnicas con una gran variedad de aplicaciones.

(Summers & Barber, 2010).

#### Esta terapia se enfoca en:

Buscar las **motivaciones** y **conflictos inconscientes** como bases de la conducta, analizando la **experiencia pasada** (Kassa et al., 2019).



#### Y se fundamenta en:

La terapia **psicoanalítica** de **Sigmund Freud**, que estudia la histeria (problemas físicos en ausencia de causas físicas), utilizando la hipnosis para traer de vuelta recuerdos olvidados (Kassa et al., 2019).

### Por lo que...



Estas terapias están centradas en el **estudio introspectivo** del ser humano y a través de ellas se busca que el paciente llegue a comprender (*insight*) el **origen** y la **naturaliza** de sus problemas; **haciendo consciente lo inconsciente** a través de las sesiones (Labrador et al., 2002).

---

## El Modelo Humanista

---

La psicología humanista nace como una alternativa a la visión del ser humano que proporcionan tanto el psicoanálisis como el conductismo; puesto que estos modelos eran criticados por sostener concepciones del ser humano explícita o implícitamente negativas o deshumanizadas (Martorell & Prieto, 2013).

### La holística:

Es una **forma integral de ver la realidad** como una **construcción social**, integrando distintas teorías entorno a su análisis, teniendo en cuenta todos los aspectos que la rodean para tener una visión general de las cosas y así poder aproximarse desde los diferentes aspectos que forman parte de ella; como: los **sujetos**, las **relaciones** y los **contextos** (López, 2018).



El **enfoque holista** con el que trabaja el humanismo es parte importante de su metodología (Barragán, 2012); establece que el **hombre**, a través de la **interacción** de los **contextos**, los **sujetos** y las **relaciones** de éstos con su vida, se hace **consciente de su identidad**, se crea una concepción del mundo y logra tener una visión general de las cosas; permitiéndole a la persona **trascender**, decidir sobre sus acciones, elegir la calidad de su vida

y ponerse en los zapatos del otro, buscando darle un **sentido global a la vida** (López, 2018).

### Autorrealización:

- Un aspecto fundamental dentro de los postulados esenciales del humanismo.
- Este es un impulso natural para actualizar, mantener y **mejorar el desarrollo y vida del organismo**.
  - Según **Carl Rogers** (uno de los principales representantes del modelo):



- La persona se orienta a una **dirección positiva** entre más aceptado y comprometido se sienta.
- Considera que el ser humano se mueve hacia lo **constructivo**, hacia su madurez y su autorrealización (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

### Por lo que la psicología humanista busca:

- **Desarrollar su potencial** en lugar de centrarse en las causas o fuentes de debilidades.
- Busca **aceptar al hombre**, conducirlo a descubrir sus potencialidades y ayudarlo a conocer el **sentido de su vida**.

(Barragán, 2012).



En este modelo se hace **énfasis** en **cualidades humanas**, como: la creatividad, la capacidad de elección, la valoración y la madurez (Barragán, 2012).

La psicología humanista concuerda en gran medida con la corriente filosófica conocida como **existencialismo**.

- El concepto del hombre como un ser dotado de **libertad** para establecer sus metas al tiempo que lo vuelve **responsable** de cada una de sus **elecciones**.
- Consideran los problemas de una persona como la expresión de que **algo funciona mal en su sistema familiar o de pareja**, lo que implica hacer cambios en dicho sistema.
- Todo hombre tiene únicamente algunos grados de libertad; y si profundiza la situación a través de la **experiencia** y el **conocimiento**, la persona puede **alcanzar mayores grados de libertad**.

(Barragán, 2012).

Por esto mismo, las **terapias enfocadas** en este modelo están basadas en la relación **terapeuta-paciente** (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

#### En este modelo:

- El ser humano se **interrelaciona** y nunca deja de hacerlo, ya que es parte de su desarrollo personal auto-motivante.
- **Rogers** enfatiza la enseñanza de ser uno mismo (**autenticidad**) y el concepto de **congruencia** (ser el mismo de forma interna y externa; este último representa uno de los aportes más importantes de su teoría).
  - Menciona que la persona se vuelve más eficaz cuando aprende a **aceptarse a sí mismo**, y le permite conformar relaciones reales.
  - Señala que la **empatía** permite comprender a la otra persona y que enriquece la vida y a partir de la referencia del otro es que entendemos de mejor manera nuestra visión de la vida.

(Barragán, 2012).



**Por lo que el humanismo** les otorga gran relevancia a las **relaciones interpersonales** (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

#### Logoterapia:

- Enfoque Creado por **Viktor Frankl**.
- Para este autor, lo primordial es la **búsqueda del sentido**, una necesidad fundamental para el ser humano que no desaparece nunca. Por lo que el propósito de la Logoterapia es ayudarle a la persona a encontrar el **sentido de su vida**, a **hacerlo consciente** y **responsabilizarse** de ello (Barragán, 2012).

#### Otras técnicas empleadas en este modelo son:

- Técnicas de psicoterapia gestáltica;
- Técnicas de análisis transaccional; y
- Técnicas de análisis y de terapia existencial

(Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).



---

## El Modelo Sistémico

---

Este modelo ha llegado a ser en los últimos años **uno de los más populares** no sólo entre los psicoterapeutas sino también en el campo de la asistencia y bienestar social, las organizaciones y redes sociales, la salud y los problemas escolares.

Esto se debe a que su campo de aplicación característico, **el trabajo con la familia**, se sitúa en el centro de la vida social (Feixas et al., 2016).

**Este modelo se distingue de los demás modelos de la intervención psicológica porque:**

**Su unidad de análisis es el sistema y no el individuo.**



- Por lo que su base conceptual es el **sistema familiar como un todo**, como un organismo estructurado e interdependiente que se comunica con ciertas pautas de interacción.
- El individuo únicamente es uno de sus componentes; y su valor se relaciona con la función y posición en el sistema (Feixas et al., 2016).

### Aplicada a la familia...

Supone entenderla como un **todo organizado** en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas (Feixas et al., 2016).

Desde esta perspectiva, los **síntomas** son parte de este patrón comunicacional, y por lo tanto una **característica del sistema** y no sólo del que lo sufre.



**Por esto mismo, se trabaja con toda la familia** y se tiende a orientar la intervención al alterar los patrones de interacción familiar en la que el síntoma cobra su sentido.

Por lo que desaparece así el paciente y el terapeuta como objeto de la intervención, ya que se suele **trabajar en equipo** (Feixas et al., 2016).

**La relación terapéutica**, el eje de la psicoterapia en algunos modelos, no es algo que ocurre entre el terapeuta y el paciente, sino entre **un equipo y una familia** (Feixas et al., 2016).

**La solución de problemas o síntomas**, se encuentran vinculados con las relaciones que establecen los miembros del sistema entre sí, por lo que **se trabaja** con los **patrones disfuncionales de interacción familiar** (Feixas et al., 2016).

### Las técnicas que se utilizan:

- Son muy variadas y provienen de diversas fuentes.



- Algunas de estas son: pautaación escénica; posicionamientos; preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas; reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones; tareas de cambio en la pauta; tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales y relatos (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

El psicólogo observa el tipo de **comunicación** que existe entre los miembros, los **godos de jerarquía** y otro tipo de información necesaria para perfilar un objetivo (García, 2004).

### Los tiempos de los tratamientos

Son más **cortos** comparados con las terapias analíticas; las sesiones de terapia, entre 6 y 20 según los formatos, suelen ser más largas, pero también más espaciadas en el tiempo (Feixas et al., 2016).

### Es importante destacar que...

Los modelos sistémicos se dividen en **modernos** y **posmodernos**; dentro de los primeros (descritos a través del documento), la actitud del terapeuta es activa proponiendo intervenciones y tareas para realizar fuera de la sesión; en cambio, la era del posmodernismo es caracterizada porque **no hay recetas prediseñadas, no existen dos casos iguales**, y hay una **co-construcción de la realidad** que le toca vivir al sistema parental o familiar el creciente individualismo (Del Río, 2012).



**El lenguaje no verbal**, ocupa un lugar **importante** en el tratamiento (Feixas et al., 2016). Primeramente, se trabajaba con toda la familia o el sistema implicado, pero en la actualidad existen modalidades individuales, de pareja y grupales.

### Por lo que...

Esta terapia busca **identificar y diagnosticar** las **relaciones** que existen **dentro** del **sistema**, para poder comprender la **conducta individual** (Feixas et al., 2016).

## 6. ¿Qué profesionales de la salud están capacitados para brindar tratamiento psicológico?

---



Como anteriormente se comentó, los tratamientos psicológicos son aplicados por **psicólogos clínicos**, especialistas en los problemas actuales del ser humano y encargados de utilizar técnicas especializadas de evaluación y de tratamiento (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Es común que exista una confusión respecto a los psiquiatras y psicólogos clínicos; por lo que a continuación, se enumerarán las principales diferencias entre ambos:

Psiquiatra	Psicólogo Clínico
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Licenciado en medicina con especialización en psiquiatría.</li><li>▪ Considera los problemas del paciente como resultado de que algo no funciona bien en el cuerpo.</li><li>▪ Se encarga de diagnosticar y recetar fármacos (medicamentos).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Licenciado en psicología.</li><li>▪ Aunque no excluye en su tratamiento los aspectos orgánicos (del cuerpo) se centra en los aspectos psicológicos, por ejemplo: cómo influyen en el problema presentado las relaciones y situaciones sociales, familiares, las emociones propias y de las de otras</li></ul>

personas, la visión y opinión que se tiene acerca de los problemas, etc.

- Junto con el diagnóstico, busca analizar las dificultades específicas del paciente en su vida diaria para realizar un plan que se ajuste a éstas y el paciente pueda superarlas.
- No puede recetar fármacos.

(Pomerantz, 2017).



A pesar de que la psicología clínica y la psiquiatría vienen de una misma línea podemos decir que el **psicólogo clínico** está más enfocado en los **tratamientos psicológicos** y los instrumentos diagnósticos y el psiquiatra en el aspecto fisiológico y químico del cerebro (Pomerantz, 2017).

En muchos casos los psiquiatras y psicólogos clínicos trabajan conjuntamente para proporcionarle al paciente el mejor tratamiento posible; por lo que se reconoce la efectividad de actuación terapéutica **interdisciplinaria** (psicólogos y psiquiatras) para abordar las diferentes causas y factores que intervienen en el origen y en el mantenimiento de los trastornos mentales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).



# 7. Actividad profesional del psicólogo clínico

---

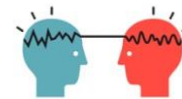


La actividad profesional del psicólogo clínico abarca desde la **investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento psicológico y rehabilitación de los trastornos mentales** (Kramer, Bernstein & Phares, 2019), hasta los **fenómenos y procesos psicológicos, comportamentales**, que interfieren en la **salud** y la **enfermedad** de las personas (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

Los psicólogos clínicos están dedicados al trabajo con **seres humanos**, en el área de **salud mental**. Por lo que **estudian**:

- La naturaleza y las causas de los problemas psicológicos,
- los principios y las relaciones que gobiernan los problemas de la conducta humana a nivel general o nomotético; y s
- Su interés principal es entender cómo esos principios y relaciones generales se plasman en la vida y en los problemas de los pacientes.

(Cedeño, Rodríguez, Escobar, & Sosa, 2017).



**El psicólogo clínico desarrolla sus actividades en:**

Todas las etapas del ciclo vital, con: individuos, parejas, familias y grupos; así como con: instituciones, organizaciones y la comunidad; tanto en el entorno **público** como en el **privado** (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).



### Los especialistas en psicología son capaces de:

Atender diversas **necesidades sociales**, pueden apoyar con necesidades y problemas de salud mental, bienestar emocional y rehabilitación, de índole educativa, organizacional, psicosocial y cultural (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

### El psicólogo clínico ayuda a:

- Mejorar la calidad de las prestaciones y servicios (Echeburúa, Salaberría, Corral, & Cruz-Sáez, 2012).
- Informar a los poderes públicos sobre los cometidos de la especialidad (Echeburúa, Salaberría, Corral, & Cruz-Sáez, 2012).
- Identificar los factores psicosociales de riesgo para la salud mental y la salud en general; así como los trastornos mentales y otros problemas que inciden en la salud (Gómez & Peláez, 2015).



También realizan el **diagnóstico** de los trastornos mentales, según las clasificaciones internacionales, comúnmente a través del **DSM-V** o **DSM IV** (Carr & McNulty, 2016).

### Así mismo, **desarrollan:**

- Diferentes **formas de intervención** y **tratamiento**, mediante las técnicas y procedimientos psicoterapéuticos disponibles (Dobson & Dozois, 2019).
- Actividades de asesoramiento, interconsulta y enlace con otros profesionales y servicios (Sánchez, 2008).

Estos psicólogos manejan **situaciones de urgencia**; diseñan y aplican las intervenciones psicológicas en procesos de enfermedades médicas; e identifican e intervienen en **situaciones de crisis** individuales, familiares, grupales, comunitarias e institucionales (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

**Otras de las principales actividades de los psicólogos clínicos son:**

- Desarrollar tareas de dirección, planificación, gestión y/o coordinación de servicios, equipos y programas.
- Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones para poder contribuir a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
- Supervisar las actividades de los psicólogos en formación y colaborar en la formación de otros profesionales.
- Programar y desarrollar estudios de investigación.
- Auxiliar en los estudios que realicen otras instituciones.

(Gómez & Peláez, 2015).

A continuación, se exponen las principales **competencias profesionales** para la especialización profesional de psicología clínica según Yáñez-Galecio (2005). Las competencias se presentan ordenadas según conocimientos, habilidades y actitudes.

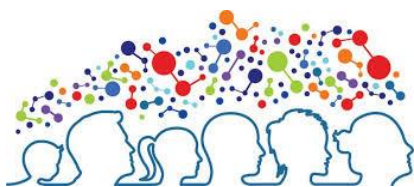
CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimiento sobre instrumentos de evaluación psicológica.</li> <li>▪ Conocimientos de farmacología.</li> <li>▪ Conocimiento de técnicas psicológicas de intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diferenciar entre distintos cuadros psicológicos.</li> <li>▪ Capacidad de autoaprendizaje.</li> <li>▪ Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualización de conocimientos.</li> <li>▪ Respeto y auto-respeto.</li> <li>▪ Actitud ética.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimientos teóricos.</li> <li>▪ Conocimientos para diseñar intervenciones.</li> <li>▪ Conocimientos para evaluar intervenciones.</li> <li>▪ Conocer procedimientos psicoterapéuticos.</li> <li>▪ Conocimientos sobre fisiología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capaz de aplicar un modelo teórico.</li> <li>▪ Saber usar manuales de diagnóstico.</li> <li>▪ Habilidad para buscar información.</li> <li>▪ Saber aplicar técnicas psicológicas de intervención.</li> <li>▪ Habilidad de empatía.</li> <li>▪ Habilidades de detección de necesidades.</li> <li>▪ Saber hacer entrevistas.</li> <li>▪ Capacidad para generar explicaciones.</li> <li>▪ Habilidad para el trabajo interdisciplinario.</li> <li>▪ Habilidades de investigación.</li> <li>▪ Capacidad para dirigir investigaciones.</li> <li>▪ Capacidad para coordinar investigaciones.</li> <li>▪ Habilidades para el diagnóstico.</li> <li>▪ Habilidades para evaluación.</li> <li>▪ Habilidades para la intervención psicológica.</li> </ul>	
---	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Habilidad para aplicar escalas psicológicas y cuestionarios.</li> <li>▪ Habilidad para establecer la relación terapéutica.</li> <li>▪ Asertividad.</li> <li>▪ Habilidad para aplicar el conocimiento teórico.</li> <li>▪ Tolerante a la frustración.</li> <li>▪ Creatividad.</li> <li>▪ Manejo del inglés.</li> <li>▪ Habilidades informáticas.</li> </ul>	
--	---	--

**Tabla 1.** Principales competencias profesionales para la especialización profesional de psicología clínica según Yáñez-Galecio (2005 p. 90).

Como se puede apreciar en la **Tabla 1**, las competencias descritas se relacionan directamente con conocimientos y habilidades para el **diagnóstico, intervención, evaluación e investigación**, acompañadas por actitudes de actualización de **conocimientos, respeto y ética** (Yáñez-Galecio, 2005).



### En relación con el diagnóstico...

La especificación de competencias va desde el **conocimiento teórico** hasta las **habilidades de detección de necesidades** en el paciente, diferenciación de distintos **cuadros psicológicos** y aplicación de entrevistas clínicas, **aplicación de técnicas**, uso de escalas, cuestionarios y manuales de diagnóstico (Yáñez-Galecio, 2005).



### En el ámbito de la intervención psicológica:

Se destacan aptitudes relacionadas con el conocimiento para **diseñar estrategias de intervención** y de **procedimientos psicoterapéuticos**, y se señalan habilidades específicas para la **aplicación de técnicas y modelos teóricos**. (Yáñez-Galecio, 2005).



### Respecto a las competencias de evaluación psicológica:

Desde el **conocimiento de métodos** de evaluación hasta habilidades de **aplicación de instrumentos** (Yáñez-Galecio, 2005).

### Dentro de las competencias relacionadas con la investigación:

Se señalan habilidades de **búsqueda de información** y capacidad para dirigir y coordinar investigaciones (Yáñez-Galecio, 2005).



### Habilidades que no son exclusivas de la psicología:

**Empatía**, habilidades de tolerancia a la frustración, manejo del idioma inglés, capacidad de autoaprendizaje, habilidades informáticas y habilidades para el trabajo interdisciplinario (Yáñez-Galecio, 2005).

También se pueden apreciar competencias sobre **conocimientos de farmacología y fisiología**, las cuales ayudan a mejorar la comprensión del cuadro clínico, desde su sintomatología hasta la acción de los fármacos y su efecto en la conducta; por lo que la idea es conocer su influencia y mecanismos de acción para poder realizar mejores diagnósticos y optimizar la intervención (Yáñez-Galecio, 2005).

### Por todo lo anteriormente expuesto se puede determinar que:

Las competencias del psicólogo clínico se pueden agrupar en cuatro categorías: **diagnóstico, tratamiento, evaluación e investigación** del tratamiento (Yáñez-Galecio, 2005).

## 8. Formación del psicólogo clínico—

El trayecto para que el estudiante ejerza como psicólogo clínico inicia con una **licenciatura** de aproximadamente **cuatro o cinco** años.

Esta última incluye típicamente el entrenamiento en evaluación, investigación, diagnóstico y habilidades terapéuticas (Trull & Phares, 2003).



El **modelo** para preparar a los aspirantes a psicólogos debe ser de **formación integral**; requiriendo amplios periodos de **estancias prácticas en escenarios reales**, bajo la **supervisión** de un profesional experto; esto le permitirá al estudiante adquirir competencias necesarias para afrontar y resolver los problemas que surgen en la práctica (Esparza & Blum, 2009).

Principales **objetivos** de la formación especializada en psicología clínica son capacitar a los psicólogos clínicos para que:

- Puedan desempeñar una correcta **atención integral** cubriendo los niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación;
- Sean capaces de realizar tareas de **evaluación, intervención y tratamiento psicológico**;
- Logren trabajar junto con otros profesionales de la salud (**ejercicio interdisciplinario**); y
- Puedan ejecutar correctamente tareas de **investigación y docencia**.

(Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

### El psicólogo clínico debe de contar con las siguientes competencias:

- Pensamiento crítico;
- Pensamiento reflexivo;
- Resolución de problemas;
- Comunicación oral;
- Comunicación escrita;
- Comunicación interpersonal;
- Trabajo en equipo;
- Sentido y comportamiento ético;
- Pensamiento estratégico; e
- Iniciativa.



(González, González & Vicencio, 2014).

**Al término de la licenciatura** los alumnos pueden hacer evaluaciones e intervenciones de tipo consejería, sin embargo, no es suficiente para realizar psicoterapia. Para poder dar terapia a pacientes, es necesario estudiar un **posgrado** (Trull & Phares, 2003) dirigido específicamente a la psicoterapia o a algún modelo teórico dentro de este campo de estudio (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).



Es primordial que el estudiante cuente con el apoyo de un **tutor** (licenciado en psicología con al menos 4 años de experiencia clínica) quién será el encargado de asesorarlo y supervisarlo durante su formación (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

**La formación del psicólogo clínico representa** un elemento primordial que respalda su competencia profesional (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

**Este psicólogo debe estar en constante formación**, puesto que las estrategias de evaluación, intervención, diagnóstico y las técnicas empleadas dentro de éstas, tienden a actualizarse de manera continua (Labrador et al., 2002).

## 9. Habilidades del psicólogo clínico —

El psicólogo clínico es un profesional que cuenta con un gran campo para su ejercicio y, por ende, es imprescindible desarrollar determinadas destrezas y habilidades (Lazo & Véliz, 2017).



**La intervención del profesional en psicología clínica** inicia con el contacto entre el paciente y el terapeuta y se finaliza con la **superación de los conflictos** (Lazo & Véliz, 2017). Ésta se refiere a la elección, diseño y aplicación de estrategias que le permitan al psicólogo ofrecer orientación para resolver problemas en su campo de acción (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

**Las fases por seguir en la intervención profesional son las siguientes:**

- La **evaluación** es el proceso que permite la interpretación adecuada del problema, donde se identifican, especifican y cuantifican las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones del paciente; éstas son alcanzadas mediante: entrevistas, observaciones y aplicaciones de tests psicológicos (Lazo & Véliz, 2017). La evaluación psicológica es el **primer paso** que guía a la planeación de la intervención y sirve como punto de comparación para determinar el **éxito de la terapia** (Lee & Hunsley, 2018).
  - El objetivo de la evaluación es el **análisis de la persona**, de sus conflictos o problemas (Cedeño et al., 2017).
  - Ningún instrumento de evaluación se considera completamente seguro; por lo que la evaluación casi siempre se realiza utilizando **distintas técnicas**, para así ofrecer una base más sólida y contar con una descripción más completa y exacta del individuo (Sarason & Sarason, 2006).

- Por otro lado, el **diagnóstico** es el resultado del proceso de evaluación psicológica que le permite al psicólogo clínico tomar decisiones sobre la severidad o gravedad del problema, sus especificaciones y la dirección del tratamiento (Cedeño et al., 2017).



- El diagnóstico ayuda a **determinar la naturaleza de la dolencia mental**, mediante la entrevista, observación del comportamiento y la aplicación de tests.
- No sólo nos informa sobre la estructura normal o patológica del examinado, sino que contribuye al estudio de las causas de los síntomas (Sarason & Sarason, 2006). Por lo que es la **declaración del problema**, con una valoración adecuada y eficaz utilizando una metodología científica, comúnmente a través de instrumentos diagnósticos como: **el DSM V** y el **CIE10** (Lazo & Véliz, 2017).

- Por su lado, el **tratamiento, también llamado psicoterapia**, modificación de la conducta, asesoramiento psicológico, etc. consiste en ayudar a los pacientes a solucionar y entender los problemas clínicos que presentan (Cedeño et al., 2017) hasta alcanzar los objetivos planificados.

- Como se describió con anterioridad existen diversos tipos de tratamientos: psicoanálisis, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, terapia sistémica, etc. por lo que es obligación del psicólogo adoptar el modelo o modelos que mejor se adecuen al caso presentado.
- Comúnmente incluye una alianza terapéutica o trabajo multidisciplinario con otros profesionistas de la salud (Lazo & Véliz, 2017).
- La planificación del tratamiento fomenta la **salud del paciente** por medio del establecimiento de objetivos sobre los problemas presentes (Lee & Hunsley, 2018).

- Las **conclusiones y recomendaciones** del proceso terapéutico hacen referencia a los resultados conseguidos en la intervención, a través de la percepción clínica de

las diferentes herramientas aplicadas; y las sugerencias declaradas por el psicólogo, con el fin de dar continuidad al proceso de intervención (Lazo & Véliz, 2017).

- El psicólogo tiene que ser capaz de comunicar correctamente el proceso terapéutico realizado a través de la redacción de informes, programas, ensayos, reseñas, artículos, etc. (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

En otra instancia, **la prevención y promoción de la salud** es una parte importante del quehacer del psicólogo clínico. Estas se refieren al trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos clínicos en el área de salud **dirigidas específicamente a la salud mental**. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centran en:

- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo y emergencias;
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes o sobre los factores de riesgo; y
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general y promover una mayor accesibilidad a instrumentos preventivos.

(Cedeño et al., 2017).



- Es importante que los psicólogos participen en el diseño de **programas y proyectos relacionados con la salud y el bienestar de los pacientes**, en escenarios tanto públicos como privados y elaboren actividades y programas que **impulsen comportamientos saludables**, reduzcan malos hábitos y promuevan conductas adaptativas (Butcher, Mineka & Hooley, 2007).

La **investigación** es uno de los aspectos que distingue a la psicología clínica, incluye:

- La construcción y validación de tests y/o pruebas psicométricas;
- El estudio del proceso y del resultado de los tratamientos psicológicos;
- La determinación del valor pronóstico de determinadas variables;
- La comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas;

- El análisis de contextos infantiles, geriátricos, etc.; y
- La comparación de tratamientos psicológicos y farmacológicos de distintos trastornos.

(Cedeño et al., 2017).



El psicólogo clínico debe seguir ciertas medidas a nivel institucional y laboral, desarrollando competencias conductuales, es decir **habilidades sociales** que le permitan **comunicarse de una manera efectiva** con sus pacientes, que le ayuden a realizar correctamente sus labores, cumplir normas, ofrecer soluciones a los problemas y fomenten el dinamismo con su equipo de trabajo (Lazo & Véliz, 2017).

#### Dentro de estas habilidades se encuentran:

- **Escuchar activamente:**

Prestar atención a lo que la otra persona expresa para poder entender, interpretar e incorporar ideas y conceptos; demostrando el entendimiento de su sentir y generando un diálogo de empatía y confianza.

- **Capacidad para comunicarse:**

Habilidad para expresar criterios propios con pensamientos, ideas y conceptos que sean mencionados asertivamente, es decir, de manera afectiva, clara y adecuada.

- **Capacidad de liderazgo:**

Guiar y direccionar a los miembros del equipo de trabajo al logro de objetivos comunes, con actitud positiva, ejerciendo influencia, siendo ejemplo y creando un ambiente seguro que ayude a facilitar el diálogo permanente y la libertad de expresar opiniones.

- **Capacidad de analizar:**

Todo aquello que permite extraer conclusiones sobre datos, hechos, experiencias, y poder emitir juicios de valor.



- **Capacidad de juzgar:**  
 Habilidad de emitir pensamientos y criterios propios con rectitud y lucidez, basados en valores y principios que promuevan el logro de una sociedad más justa, equitativa y saludable.
  
- **Capacidad de automotivarse:**  
 Voluntad de esforzarse para alcanzar un propósito, que le inspira a darse el impulso y entusiasmo generando un determinado comportamiento en busca de objetivos; no esperar ni pensar por otros, sino permitirse crecer para sí mismo.
  
- **Conciencia de valores:**  
 Capacidad que el individuo posee para actuar, sentir, juzgar, y afrontar situaciones con principios morales y éticos de modo coherente.
  
- **Trabajo en equipo:**  
 Logra establecer confianza y comunicación participativa, creando un ambiente armónico y potencializador, de forma que, exista la comprensión de los objetivos de la actividad para coordinar y planificar con responsabilidad un determinado proyecto.
  
- **Capacidad de adaptación al cambio:**  
 Es la capacidad de enfrentar nuevas experiencias, ser flexible, incorporación rápida a un nuevo equipo de trabajo.

(Lazo & Véliz, 2017).



El psicólogo clínico debe desarrollar las actividades anteriormente descritas, con la finalidad de ejercer su profesión con calidez y calidad (Lazo & Véliz, 2017).



# 10. Principales herramientas del psicólogo clínico

---

Los procedimientos y técnicas de intervención psicológicas están estrechamente relacionadas a los instrumentos, técnicas y procedimientos de evaluación. **Los principales métodos que se utilizan para evaluar la conducta en el ámbito clínico incluyen:**

- Las entrevistas (desde las entrevistas libres a las entrevistas completamente estructuradas pasando por las entrevistas con distintos grados de estructuración);
- La observación conductual (Kuittinen & Rätty, 2015);
- Las técnicas y procedimientos de autoobservación y autorregistro;
- Tests; autoinformes: escalas, inventarios y cuestionarios; y
- Registros psicofisiológicos.

(Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).



A continuación, se explican a fondo las herramientas que se utilizan con mayor frecuencia en la práctica profesional de los psicólogos clínicos:

- La **entrevista** busca identificar los problemas y determinar la causa y la gravedad de la conducta desadaptada. Es el instrumento de evaluación que se emplea con **mayor frecuencia** (Sarason & Sarason, 2006) y la **herramienta principal del psicólogo clínico**, ya que tiene la cualidad de ser versátil y flexible, se moldea según la finalidad, se adapta a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del terapeuta (Muniz, 2018).
  - La entrevista ayuda a **conocer quién es el sujeto que acude a consulta**; qué le sucede (diagnóstico) y a qué se debe su sufrimiento; pero también, este instrumento permite discernir qué tipo de intervención es la más adecuada; por lo que el

psicólogo tiene que ser capaz de evaluar la situación con rapidez, para poder desarrollar una estrategia clínica apropiada con base en la evaluación (Muniz, 2018).

- Las **escalas** suelen utilizarse para instrumentos de evaluación de rasgos no referidos a habilidades o capacidades, por ejemplo: estilos, actitudes y opiniones.
  - Sus elementos comúnmente se ordenan en función de grados, por ejemplo: desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo, o bien, dando graduación numérica (de 1 a 5, de 0 a 10, etc.).
  - Las respuestas se suman dando lugar al puntaje final que indica el grado en el que el sujeto presenta dicha variable (Muniz, 2018).



- Los **tests psicológicos**, por su parte, son los instrumentos de medición psicológica que miden **habilidades cognitivas**, como inteligencia verbal o ejecutiva.
  - Los elementos que lo componen implican respuestas “correctas” e “incorrectas”; estas respuestas se suman para dar lugar a un puntaje de escala que indica un mayor o menor grado de habilidad. No existe un test único que pueda medir todas las características de los sujetos, por eso existen diferentes clasificaciones como: test de inteligencia, de rendimiento y de personalidad (Muniz, 2018).
- Las **pruebas** de personalidad y otros métodos de evaluación se emplean en los ambientes clínicos para hacer diagnósticos, decidir si se necesita tratamiento y planear el tratamiento que se va a utilizar.
  - Un ejemplo, son las escalas de registro; aunque existen muchas otras técnicas de evaluación de la personalidad; esta es una de las más respetadas y versátiles (Lee & Hunsley, 2018).

- Los **cuestionarios** suelen estar formados por elementos cuyas opciones de respuesta no son guardadas ni están necesariamente relacionadas; éstos no presentan respuestas correctas o incorrectas; y tampoco evalúan habilidades.
  - Por ejemplo, estos instrumentos pueden evaluar: preferencias, intereses, opiniones, actitudes, profesión, entre otras (Muniz, 2018).
  
- Los **inventarios** comúnmente se utilizan para evaluar rasgos de personalidad, no hay respuestas correctas o incorrectas, sino que se expresa acuerdo-desacuerdo o verdadero-falso respecto a estos elementos (Muniz, 2018).
  
- Las **técnicas proyectivas** son instrumentos de exploración de la personalidad, cuyo objetivo es favorecer el despliegue del mecanismo descrito con el propósito de que aspectos del mundo interno del sujeto se expresen y se desplacen hacia el estímulo presentado. Dependiendo de las características del estímulo y del tipo de respuesta que se demande al paciente, es posible establecer una clasificación de técnica proyectiva (Muniz, 2018).
  - Las **técnicas proyectivas gráficas** son técnicas de bajo costo y la aplicación es sencilla, ya que únicamente se requiere de una hoja en blanco y un lápiz.
    - Constan de dos partes: la producción gráfica (dibujo), obtenida a partir de una consigna que indica el tema a representar y un reactivo verbal cuyo objetivo es la obtención de asociaciones del sujeto acerca de su producción.
    - Los **temas** más utilizados son: el dibujo libre, el dibujo de la figura humana, el dibujo de la familia, el dibujo de la casa-árbol-persona, entre muchos otros.



- Las **técnicas psicofisiológicas** ayudan a conocer acerca de respuestas conductuales que no son posibles de comprender a simple vista y que están relacionadas con una condición psicológica. Es decir, conocer qué sistemas fisiológicos son sensibles y varían ante un evento o condición que implica a los procesos mentales, a las emociones y al comportamiento (Muniz, 2018).
  
- La **observación** es una herramienta fundamental del psicólogo clínico. Existen diferentes tipos de observación; a continuación, se comparan los más representativos: la naturalista y la controlada.
  - Una de las principales características y utilidades de la **observación naturalista** es que puede llegar a producir grandes muestras de conductas libres, espontáneas y reales del paciente presentadas en situaciones necesarias para que el especialista realice su evaluación (The Open University of Hong Kong, 2012).
  - La **observación controlada** establece situaciones especiales en las que se puede observar; por lo que el observador planea, controla e influye en la situación; por esto mismo, su principal ventaja radica en que éste último puede llevar la conversación hacia donde le convenga para registrar conductas y datos necesarios para su evaluación. Una de las funciones de este tipo de observación es recoger información acerca de un objetivo específico, debido a que el campo está debidamente delimitado y tiene una finalidad concreta (The Open University of Hong Kong, 2012).



- La **autoobservación** y el **autorregistro**; representan una de las bases de la evaluación conductual; aquí el sujeto observa y registra las veces que se presentan sus conductas (Pérez-Pareja, 1997).
  - El autorregistro es muy útil tanto para la **evaluación** como para **finés terapéuticos**. En la primera, puede utilizarse para obtener datos durante algunas de las fases del

contacto terapéutico; con esto se pueden establecer patrones que ayuden a la selección de conductas y posibles técnicas de tratamiento; y también se utiliza para registrar la frecuencia de las conductas seleccionadas para evaluar el éxito o fracaso de este último (Pérez-Pareja, 1997).

- Por otro lado, cuando se utiliza para la obtención de datos, el autorregistro ayuda a conocer la frecuencia de la conducta y favorece su cambio de frecuencia. Por lo que, a través del autorregistro las conductas evaluadas positivamente aumentan y las negativas disminuyen (Pérez-Pareja, 1997).



- El autorregistro se ha aplicado a la evaluación de diferentes trastornos de la conducta, como, por ejemplo; la conducta antisocial, trastornos de ansiedad, trastornos alimenticios, el síndrome de Tourette y el abuso del alcohol (Herbert & Nelson-Gray, 1997).

**En el ámbito de la psicología clínica** se trabaja con la **aplicación individual** de las técnicas; ya que no se recomienda la aplicación colectiva, puesto que se pierden datos relevantes para el análisis; como las verbalizaciones, el lenguaje gestual, actitudes en diferentes momentos de la actividad y el tiempo total y parcial empleado (Muniz, 2018).

### **Es importante señalar que...**

En la literatura se suelen utilizar estos términos de manera indistinta; por ejemplo; si se lee acerca de un cuestionario de personalidad, no necesariamente se refiere a un cuestionario, ya que probablemente sea una escala o inventario (Muniz, 2018).



# 11.Ética del psicólogo

---

La ética es un **elemento básico** en la práctica profesional del psicólogo; por lo que debe ser la columna vertebral de la formación del mismo y de la práctica psicológica como disciplina profesional (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).



La ética puede ser descrita, como la **promoción del desarrollo humano saludable**, en los individuos, grupos y la sociedad, independientemente de las estructuras teóricas o puntos de vista personales (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

## Un Código Ético sirve como:

**Protección**, tanto para los **pacientes** como para los **terapeutas**, y representa un importante recurso para la enseñanza y la práctica de la psicología (Rooney & Ness, 2019). Éste sirve como un instrumento orientador para la explicación de los **derechos** y las **obligaciones** de los psicólogos y pacientes. Así mismo, constituye una orientación para la práctica profesional cuando se presentan dilemas éticos difíciles de solucionar (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

## Los psicólogos están obligados a:

- Hacer valer el derecho de confidencialidad;
- Evitar afectar la voluntad del paciente;
- Informar sobre los procedimientos e intervenciones a realizar; y
- Solicitar consentimiento cuando se aporte información fidedigna sobre los beneficios y los riesgos del tratamiento.

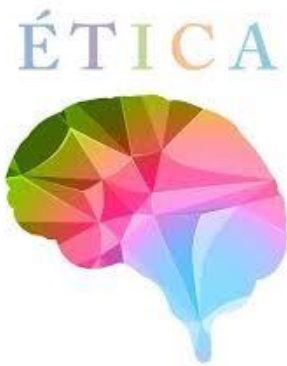


(Rooney & Ness, 2019).

Una de las premisas más respetadas en psicoterapia es el **consentimiento informado**; éste se refiere al proceso a través del cual se comparte con los pacientes información destinada a aplicar su capacidad de elección racional frente a la decisión de realizar o no algún tratamiento; informándole acerca de riesgos, duración, costo, impacto social y familiar, y acerca del beneficio terapéutico directo (Coffin et al., 2018).

### a. ¿Qué es el código ético del psicólogo?

Se refiere al código que establece las **normas** a las que se deben ajustar los servicios, investigación, docencia, pruebas, métodos de registro, medición y evaluación, las relaciones entre colegas y cualquier otra actividad relacionada con la profesión (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).



Es importante conocerlo para que así los alumnos, padres maestros y otros profesionales puedan tener un parámetro de **cómo se espera que un psicólogo actúe**; y sean capaces de tomar decisiones sobre **quién es la persona adecuada para atenderlos**, así como la teoría, la técnica y el tratamiento que se va a emplear (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

El psicólogo asume la **responsabilidad de garantizar** en todo momento el **bienestar de los individuos**, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la psicología.

Adhiriéndose a los siguientes **principios**:

- Respeto a los derechos y la dignidad de las personas.
- Cuidado responsable.
- Integridad en las relaciones.
- Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

(Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

### Por lo que el Código Ético se entiende como un instrumento para:

- Garantizar la protección de los pacientes de los servicios psicológicos.
- Garantizar la protección del psicólogo.
- Vincular las normas que prescriba con principios generales.
- Apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología.
- Ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como en la educación de terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.
- Fomentar la confianza en la función del psicólogo.

(Sociedad Mexicana de Psicología, 2010, p. 5).

Si no se respeta la integridad de la persona y no se cuida su bienestar individual y social; si no se mantiene la dignidad profesional y personal; si se exhibe al consultante; si no se conserva, hasta donde sea posible, el anonimato de la persona; o se evita que repercutan los estados de ánimo del psicólogo, provocados por problemas personales; si no se respeta sin discriminar, las ideas, políticas y religiosas, así como la vida privada de la persona, como su nacionalidad, sexo, edad, posición social u otra característica (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007); en primera instancia, el profesional va a estar **violando el compromiso y responsabilidad** que desde un principio asumió al convertirse en psicólogo; y, por otro lado, no va a lograr que el paciente se sienta cómodo y en confianza y por ende no va a ser capaz de realizar correctamente sus obligaciones.

Un Código Ético **nunca es un producto terminado**, ya que siempre habrá nuevas situaciones dadas por el avance científico y tecnológico, así como la práctica profesional que obliguen a renovarlo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).



Todo psicólogo tiene la **obligación** de conocer y estudiar el Código Ético del Psicólogo; ya que la falta de conocimiento o comprensión de una norma ética no justifica una defensa contra una queja o acusación por cometer faltas éticas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).



# 12. Deontología psicológica

---

La deontología hace referencia a los **deberes que rigen el ejercicio de una profesión** (Bados, 2008), es decir, al conjunto de **principios y reglas éticas** que **regulan y guían una actividad profesional**. Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionistas en el desempeño de su actividad profesional (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010).

**Está basada en valores como:**

- El respeto;
- La integridad;
- La confianza; y
- La objetividad.



Con el fin de mejorar el desempeño profesional del psicólogo (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010).



**Su objetivo específico es:** la regulación de sus prácticas públicas a través de la formulación de códigos deontológicos, relacionados con los dilemas éticos presentes en la actualidad (Sánchez, 2012).

Por lo que la deontología está orientada al deber y es **fundamental para el mundo profesional** y, en específico, para profesionales que comportan una elevada **responsabilidad social**, como es la psicología (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010).



### Dentro del código deontológico se estipula que:

El psicólogo sólo podrá recoger la información **estrictamente necesaria** para desempeñar las tareas para las que ha sido requerido y siempre con la **autorización del paciente** (Bados, 2008).



La deontología debe ser el **primer punto de partida** en cualquier evaluación profesional, ya que ésta tiene que regir el comportamiento que se debe de tomar como psicólogo ante los casos presentados (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010); sin embargo, una vez que uno se enfrenta a situaciones que pueden rebasar la barrera delimitada por la deontología, por ejemplo, casos de abuso sexual, la confidencialidad pasa a segundo plano y la ética a primero.

**La deontología es una subdivisión de la ética**, por lo que, la evaluación de las acciones de los psicólogos clínicos debe ser regida **primero por códigos éticos humanos** y después por códigos deontológicos y profesionales (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010).



# 13. ¿Cómo saber si el tratamiento psicológico es eficaz?

## a. Tratamientos considerados eficaces

Algunos psicólogos sugieren que las terapias psicológicas más importantes, como la conductual, psicoanalítica, sistémica, cognitivo-conductual y humanista son igual de eficaces; aunque otros indican que la terapia de conducta es la más eficaz de todas, al menos en trastornos como: fobias, obsesiones-compulsivas, disfunciones sexuales, trastorno de pánico, depresión, problemas de conducta en la infancia, enuresis, ansiedad generalizada, conflicto marital, dolor crónico, trastorno negativista desafiante, entre otras (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).



Por otro lado, diversos estudios llevados a cabo con niños y adolescentes concluyen que los **tratamientos conductuales** (tratamiento conductual, entrenamiento de padres, modelado, etc.) son más eficaces que los tratamientos no conductuales; como la terapia dirigida al insight o la terapia centrada en el paciente (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

Las siguientes tablas representan los **tratamientos eficaces y específicos** y los **tratamientos eficaces o posiblemente eficaces** para diversos tipos de trastornos en adultos y niños/adolescentes respectivamente.

TRASTORNO O PROBLEMA	TRATAMIENTOS EFICACES Y ESPECÍFICOS	TRATAMIENTOS EFICACES O POSIBLEMENTE EFICACES (pe)
Trastorno de pánico con agorafobia	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li><li>▪ Exposición en vivo.</li></ul>	Exposición y entrenamiento en comunicación de pareja. Terapia cognitivo conductual con ayuda de compañero.

<b>Trastorno de pánico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación aplicada.</li> <li>▪ Exposición interoceptiva.</li> </ul>
<b>Ansiedad y fobia social</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales (pe).</li> <li>▪ Desensibilización sistemática (ansiedad social y medio a hablar en público).</li> </ul>
<b>Fobias específicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición en vivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desensibilización sistemática.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Realidad virtual.</li> </ul>
<b>Fobia a la sangre/daño</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tensión aplicada (pe).</li> <li>▪ Exposiciones promisorias.</li> </ul>
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación aplicada.</li> </ul>
<b>Trastorno de estrés postraumático.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Desensibilización y procesamiento mediante movimiento ocular.</li> </ul>
<b>Trastorno obsesivo compulsivo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición y prevención de respuesta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Exposición y prevención de respuesta asistida por familia y relajación</li> </ul>
<b>Estrés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inoculación del estrés</li> </ul>	
<b>Depresión mayor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia interpersonal.</li> <li>▪ Terapia de autocontrol.</li> <li>▪ Resolución de problemas sociales.</li> <li>▪ Terapia marital conductual (si hay conflicto marital).</li> <li>▪ Terapia dinámica breve.</li> </ul>

<b>Depresión en ancianos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia psicodinámica breve.</li> <li>▪ Terapia de resolución de problemas.</li> <li>▪ Educación psicológica.</li> <li>▪ Terapia interpersonal (pe).</li> </ul>
<b>Trastorno bipolar</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación psicológica (pe).</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual para cumplir con medicación (pe).</li> <li>▪ Terapia familiar.</li> </ul>
<b>Conflicto marital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia marital conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Terapia de pareja centrada en las emociones.</li> <li>▪ Terapia marital orientada al insight.</li> <li>▪ Terapia sistémica.</li> </ul>
<b>Disfunción eréctil</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta para reducir ansiedad sexual y mejorar comunicación.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
<b>Disfunción orgásmica femenina</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia marital conductual.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sexuales.</li> </ul>
<b>Vaginismo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta basada en exposición.</li> </ul>
<b>Bajo deseo sexual femenino</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia combinada de Hulbert.</li> <li>▪ Terapia combinada de Zimmer.</li> </ul>
<b>Parafilias/delincuentes sexuales</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>

<b>Abuso o dependencia del alcohol.</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reforzamiento en la comunidad.</li> <li>▪ Exposición señales incitadoras.</li> <li>▪ Afrontamiento del deseo.</li> <li>▪ Terapia marital conductual.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales.</li> </ul>
<b>Dependencia opiáceos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Terapia dinámica.</li> <li>▪ Terapia de conducta (reforzamiento).</li> </ul>
<b>Abuso cocaína</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Prevención de recaídas.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>
<b>Abuso de tabaco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual con prevención de recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducción programada del fumar.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual grupal.</li> </ul>
<b>Anorexia</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Terapia familiar sistémica conductual /pe).</li> </ul>
<b>Bulimia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia interpersonal.</li> </ul>
<b>Sobreingesta compulsiva</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
<b>Obesidad</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Hipnosis.</li> </ul>
<b>Dolor de cabeza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>	
<b>Migraña</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biofeedback EMG y relajación.</li> <li>▪ Biofeedback y relajación.</li> </ul>
<b>Dolor crónico (espalda).</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>
Dolor crónico (heterogéneo)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual y terapia física.</li> <li>▪ Terapia de conducta.</li> <li>▪ Biofeedback EMG.</li> </ul>
Dolor reumático	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	
Dolor por anemia.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> </ul>
Trastorno somatoforme por dolor		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual (pe).</li> </ul>
Trastorno disfórmico corporal.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual (pe).</li> </ul>
Síndrome de intestino irritable		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia cognitiva.</li> <li>▪ Hipnoterapia.</li> </ul>
Efectos adversos de la quimioterapia		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación muscular progresiva con o sin imaginación guiada.</li> </ul>
Trastorno de personalidad evitativa		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición (pe).</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales (pe).</li> </ul>
Trastorno de personalidad límite		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia conductual.</li> <li>▪ Terapia psicodinámica.</li> </ul>
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia familiar conductual.</li> <li>▪ Terapia familiar de apoyo a largo plazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programas conductuales de aprendizaje social y economía de fichas.</li> <li>▪ Entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>▪ Entrenamiento para vivir en la comunidad.</li> <li>▪ Terapia familiar sistémica.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia grupal de apoyo (pe).</li> </ul>
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenciones conductuales ambientales para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reentrenamiento cognitivo y memórico.</li> </ul>

	problemas de conducta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientación hacia la realidad.</li> </ul>
Trastornos del sueño		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Terapia conductual.</li> </ul>
Hábitos no deseados (ej. Tics)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inversión de hábito.</li> </ul>
Agotamiento de los cuidados geriátricos		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educación psicológica.</li> <li>▪ Intervenciones psicosociales.</li> </ul>

**Tabla 2:** Tratamientos con apoyo empírico para diferentes trastornos en adultos (Bados, García-Grau & Fusté, 2002, p. 486).

TRASTORNO O PROBLEMA	TRATAMIENTOS EFICACES Y ESPECÍFICOS	TRATAMIENTOS EFICACES
Trastornos de ansiedad		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual y entrenamiento de la familia en control de la ansiedad.</li> </ul>
Fobias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modelado</li> <li>▪ Práctica reforzada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desensibilización en vivo o imaginativa.</li> <li>▪ Modelado en vivo o filmado.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
Depresión		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual (N).</li> <li>▪ Afrontamiento depresión y entrenamiento en habilidades (A).</li> </ul>
Obesidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia de conducta.</li> </ul>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrenamiento conductual de padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de ira y estrés(A).</li> <li>▪ Terapia de afrontamiento de la ira (N).</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificación de conducta en clase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrenamiento en asertividad.</li> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ Habilidades de resolución de problemas.</li> <li>▪ Programa prevención de delincuencia.</li> <li>▪ Terapia familiar funcional.</li> <li>▪ Terapia sistémica.</li> <li>▪ Terapia de interacción padres e hijos.</li> <li>▪ Entrenamiento en resolución de problemas.</li> <li>▪ Terapia racional-emotiva.</li> <li>▪ Tiempo fuera.</li> </ul>
<b>Trastorno negativista desafiante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrenamiento de padres basado en vivir con hijos.</li> <li>▪ Entrenamiento de padres mediante modelado en video.</li> </ul>	
<b>Enuresis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificación de conducta.</li> </ul>	
<b>Encopresis</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modificación de conducta.</li> </ul>
<b>Dolor de cabeza recurrente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relajación y autohipnosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Biofeedback.</li> </ul>
<b>Dolor abdominal recurrente</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>
<b>Dolor por intervenciones médicas (principalmente para cáncer)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>	
<b>Trastorno psicofisiológico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia familiar.</li> <li>▪ Terapia psicodinámica.</li> </ul>
<b>Trastornos generalizados del desarrollo (conductas indeseables)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de contingencias.</li> </ul>

**Tabla 3:** Tratamientos con apoyo empírico para diferentes trastornos en niños (N) y adolescentes (A) (Bados, García-Grau & Fusté, 2002, p. 489).

Dentro de las Tablas 2 y 3, se debe considerar que en el caso de que el tratamiento de elección para un trastorno sea la combinación de terapia psicológica con otras modalidades de intervención, como, por ejemplo; la medicación para trastornos psicóticos o déficit de atención o intervenciones médicas para el dolor, los **programas psicológicos** se consideran eficaces porque **incrementan los efectos de esas otras intervenciones** (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).



#### Conviene resaltar que:

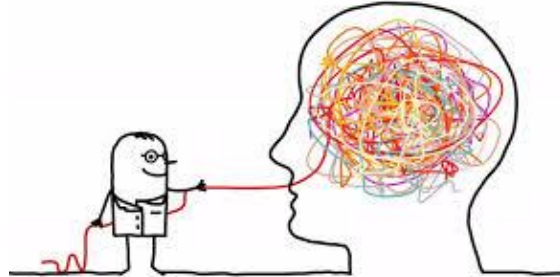
La aplicación de las terapias psicológicas con apoyo empírico no consiste únicamente en dominar las técnicas y procedimientos de tratamiento; puesto que también es necesario que el **terapeuta cuente con las habilidades terapéuticas adecuadas**, por ejemplo; escucha activa, empatía, autenticidad, cordialidad, confianza, etc. (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

**Que un tratamiento sea eficaz no necesariamente significa que sea también efectivo** o clínicamente útil, esto es: viable, generalizable a los contextos clínicos reales y con una buena relación coste/beneficio. Por muy eficaces que sean los tratamientos psicológicos, difícilmente serán propiamente aplicados si no se les enseña la **manera correcta** de hacerlo tanto a los terapeutas que se están formando como a los clínicos que ejercen (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).

#### Los datos disponibles indican que:

En comparación al tratamiento farmacológico, **la terapia psicológica tiene una mayor relación coste/beneficio y un menor costo económico**. Comúnmente la farmacoterapia es más barata que la terapia psicológica durante el periodo de tratamiento inicial; sin embargo, puede llegar a resultar más cara porque sus efectos

suelen desaparecer cuando el paciente deja de tomar la medicina. No todas las terapias psicológicas tienen el mismo costo económico; por ejemplo, las de larga duración y las individuales son más caras que las breves y que las grupales respectivamente y, por lo tanto, son menos eficientes (Bados, García-Grau & Fusté, 2002).



## 14. Seguimiento

---

Una vez transcurrido cierto tiempo desde la finalización del tratamiento, se recogen nuevos datos para comprobar el **grado de mantenimiento** de los cambios terapéuticos. El periodo de seguimiento puede ser más o menos largo e incluir uno o más periodos de evaluación; sin embargo, se aconseja hacer un **primer seguimiento a los 3 meses**, un **segundo a los 6 meses** y un **último a los 12 meses**; aunque en problemas con gran probabilidad de recaída, como los adictivos y los trastornos de alimentación, se sugiere extender el **seguimiento hasta los 5 años** (Bados & García-Grau, 2009).



Los seguimientos a los 3 y 6 meses, en caso de hacerse, pueden ser menos complejos que las evaluaciones antes y después del tratamiento; pero es fundamental que **el último seguimiento emplee los mismos métodos e instrumentos utilizados** en dichas evaluaciones. En este último control no se recomienda el seguimiento realizado por

teléfono o correo, debido a las deficiencias e insuficiencias de estos métodos; aunque en ocasiones no queda más remedio que acudir a los mismos (Bados & García-Grau, 2009).

**Además de volver a aplicar los instrumentos de evaluación previamente utilizados, es recomendable preguntarle al paciente lo siguiente** (referido al periodo de seguimiento):

- Evolución del problema tratado, incluyendo posibles contratiempos o recaídas, su descripción, posibles causas y qué se hizo para manejarlos.
- Búsqueda de ayuda.
- Consumo de medicamentos para el problema tratado.

(Bados & García-Grau, 2009).

**Es fundamental tener en cuenta que:**

Las mejoras adicionales o el empeoramiento durante el seguimiento **no necesariamente indican nada acerca de la calidad del tratamiento aplicado**, ya que otros factores de la vida del paciente podrían ser los responsables de las mejoras o empeoramientos (Bados & García-Grau, 2009).

**Si se detecta que los resultados no se mantienen...**

Es importante comentarlo con el paciente y, si éste lo desea, analizar las causas y:

- Reintroducir el tratamiento con mayor o menor extensión y/o programar mejores medios para facilitar el mantenimiento;
- Diseñar un nuevo tratamiento; o
- Reconsiderar la evaluación del problema.

(Bados & García-Grau, 2009).



Durante el periodo de seguimiento pueden **salir a la luz nuevos problemas**, que, si el paciente lo desea, se pueden abordar (Bados & García-Grau, 2009).

Por otra parte, en cualquier momento a lo largo del proceso de intervención puede ser necesario redactar un **informe clínico**. Se recomienda que éste sea breve e incluya, además del lugar y la fecha, lo siguiente:

- Datos profesionales del evaluador;
- Datos personales del paciente;
- Motivo del informe;
- Información de los diferentes ámbitos evaluados;
- Pruebas administradas;
- Diagnóstico;
- Hipótesis explicativa (hipótesis sobre el origen y, el mantenimiento del problema o problemas del paciente); y
- Tratamiento.



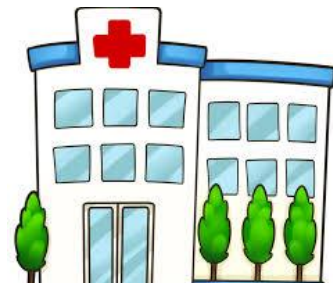
(Bados & García-Grau, 2009).

## 15. ¿Dónde puedo encontrar un tratamiento psicológico?

---

**El tratamiento psicológico se lleva a cabo en un contexto clínico:**

- En centros de salud mental;
- Dentro de hospitales (públicos y privados);
- Centros de especialidades médicas;
- Centros municipales de promoción de la salud;
- Centros de tratamiento de drogodependencias;
- Centros comunitarios de salud mental;
- Centros educativos;
- Centros de atención psicopedagógica;
- Centros de asistencia al menor;



- Instituciones penitenciarias;
- Residencias de ancianos,
- Centros de acción social;
- Centros de rehabilitación;
- Unidades de neuropsicología dentro de hospitales;
- Hospitales psiquiátricos;
- Hospitales o unidades geriátricas;
- Centros de atención psicológica infantil;
- Unidades de dolor crónico y de cuidados paliativos;
- Centros de voluntariado;
- Centros organizacionales no gubernamentales de atención a personas con discapacidades;
- Unidades de salud laboral;
- Equipos de psicología clínica en el ejército;
- Equipos deportivos;
- Centros militares;
- Escuelas;
- Universidades;
- Empresas; y
- Centros privados de consulta, asesoramiento y tratamiento  
(Labrador et al., 2002; Colegio Oficial de Psicólogos, 2014; Pomerantz, 2017).



# 16. Si necesitas ayuda psicológica puedes encontrarla en:

---

- **Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)**

- El Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología proporciona servicio terapéutico en forma individual, grupal, de familia o pareja y diferentes talleres. Cuenta con programas de tratamiento en adicciones, enfermedades cardiovasculares y dolor crónico. Responsable: Psicóloga Rebeca Sánchez. Edif. "D", sótano, de la Facultad de Psicología.
- **Atención:** lunes, martes, jueves y viernes, de 8 a 20 horas; miércoles de 8 - 19 horas.
- **Teléfono:** 5622-2309.

(Universidad Nacional Autónoma de México, 2016).

- **Línea de atención Psicológica Call Center de la UNAM**

- **Teléfono:** 50250855
- **Gratuita.**
- Abierto a todo público.
- Especialistas atienden de manera breve y directa a quienes estén pasando por una crisis o un momento difícil, y en caso de que sea necesario, son canalizados a un modelo de terapias breves (6-8 sesiones) para lograr un mejor seguimiento del caso.



(Fundación UNAM, 2020).



- **SAPTEL**

- Prevención, tratamiento, apoyo, cursos.
- **Dirección:** Av. México #37, Hipódromo, Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Teléfono:** 5552598121
- **Correo:** saptel.crlyc@gmail.com

(SAPTEL, 2020).

- **Centro ELEIA**

- Tratamientos especializados para niños, adolescentes y adultos con distintos tipos de dificultades emocionales, problemáticas psicológicas y de interacción en las relaciones interpersonales.
- Psicoterapia con orientación psicoanalítica.
- Atención se brinda de acuerdo con las necesidades de cada persona.
- **Plantel Norte**, Estado de México:
  - **Dirección:** Cerro de las Campanas 3, Nivel 5, San Andrés Atenco, Tlalnepantla, Periférico/Pirules, Estado de México.
  - **Teléfono:** 5370-9648
- **Plantel Sur**, Ciudad de México:
  - **Dirección:** Av. Insurgentes Sur 1971, Piso 3, nivel terraza, Plaza Inn, Col. Guadalupe Inn, Ciudad de México.
  - **Teléfono:** 5661-2177

(Centro ELEIA, 2019).



- **Centro Integral de Psicología**

- **Horario de atención:** lunes a viernes: 9 am – 10 pm  
sábado: 9 am – 7 pm.
- **Teléfono:** 56-1257-7049 (WhatsApp) o 5519626723
- **Dirección:** Liverpool 89, col. Juárez, 06600  
Ciudad de México, CDMX.
- **Correo:** citas@cidepsi.com

(Centro Integral de Psicología, 2020).

- **Servicio de orientación psicológica (DIF Estado de México).**

- Brindar información u orientación psicológica vía telefónica o chat a niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia, personal docente y público en general sobre diversas temáticas como: relaciones familiares, relaciones interpersonales, sexualidad, pareja, depresión, ansiedad, ideación suicida, métodos anticonceptivos, consumo de sustancias psicoactivas, embarazo, infecciones de transmisión sexual, bullying, orientación escolar y/o vocacional, entre otros.
- **Teléfonos:** 800 710 24 96 y 800 221 31 09; 722 212 05 32 y 722 280 23 24.
- **Página web:** <http://difem.edomex.gob.mx/>
- **Horario:** De lunes a viernes de 9:00 a 20:00 horas.
- **Gratuito.**

(Gobierno de México, 2020).



## 6. Conclusiones

La psicología es una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos, y una actividad aplicada a diferentes ámbitos profesionales (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

La psicología tiene una doble vocación; por un lado, construir un conocimiento básico, de carácter empírico y experimental y, por otro, ofrecer un conocimiento aplicado que ayude a mejorar la práctica de las cuestiones humanas (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003). Podemos decir entonces que la psicología estudia el comportamiento en los distintos contextos, incluyendo las relaciones sociales, las actividades laborales, el desarrollo educativo, la vida familiar y prácticamente todos los ámbitos del hacer humano (APA, 2015).

La psicología clínica es la rama de la psicología que se encarga de la investigación de los factores que afectan la salud mental y las condiciones que pueden afectar y generar malestar y sufrimiento a la persona (Gazzaniga, Heatherton & Halpern, 2016).

La importancia de la psicología clínica es incuestionable; ésta se interesa por conocer las causas de los trastornos mentales, así como buscar procedimientos para manejarlos, por esto mismo representa el eje del trabajo clínico de la psicología. Así mismo, esta área mejora la comprensión y la forma de abordar las repercusiones psicológicas que las enfermedades físicas y sus tratamientos tienen en los enfermos (Jordán, 2017).

La psicología clínica es considerada como la disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto o de un grupo, ya sea motor, fisiológico o cognitivo con diferentes objetivos como detención, descripción, diagnóstico, selección, orientación, predicción, intervención, investigación, entre otros, a través de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medida o evaluación (Aragón, 2004).

La actividad profesional del psicólogo clínico abarca desde la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento psicológico y rehabilitación de los trastornos mentales, hasta los fenómenos y procesos psicológicos y comportamentales, que interfieren en la salud y la enfermedad de las personas (Kramer, Bernstein & Phares, 2019).

La formación del psicólogo clínico representa un elemento esencial que respalda su competencia profesional; ésta es el punto de partida de la actividad profesional del psicólogo, la cual debe permanecer abierta y en continua actualización (Colegio Oficial de Psicólogos, 2014).

Cada psicólogo aplica diversos modelos, métodos y técnicas para tratar a sus pacientes. Cada individuo es un ser único, y por lo mismo, debe de recibir un tratamiento específico que se adecúe al trastorno/problema que presenta y busca ser modificado (Labrador et al., 2002).

Mientras la importancia de la salud mental no tenga el mismo reconocimiento que la salud física, el entendimiento ante las funciones, los procedimientos, las metodologías, el

diagnostico, las técnicas y los tratamientos de ésta, seguirán generando prejuicios y estigmas (Dobson & Dozois, 2019).

Con base en el análisis desarrollado a través del documento se establece la importancia del desarrollo de una base teórica para la población, específicamente aquellos que buscan iniciar un tratamiento psicológico o que actualmente se encuentran en uno; para orientarlos en cuanto a los indicadores de conocimientos teórico-prácticos, características, preparación, actitudes y aptitudes, tanto humanas como éticas, para que de esta manera cuenten con fundamentos adecuados para tomar una decisión tanto objetiva como bien informada en cuanto a la elección del profesional que los va a asistir, logrando con esto alcanzar tratamientos más eficaces y efectivos.

La guía presentada funge como una herramienta teórica de fácil acceso y lectura para toda la población interesada en conocer aspectos relacionados con el quehacer psicológico clínico, así como sus fundamentos teóricos, prácticos y éticos.

La elaboración de la presente guía fue producto de un arduo trabajo de investigación; puesto que ésta está basada en un sólido marco teórico. Las principales enseñanzas alcanzadas a través de su realización fueron: lograr profundizar en las características más importantes que fundamentan el quehacer psicológico; reafirmar conocimientos previos y desarrollar nuevo aprendizaje; enfrentar cuestionamientos a través de la bibliografía utilizada; y desarrollar capacidades relacionadas con el correcto manejo de referencias fidedignas.

## Referencias

- Álvarez, G., Molina, J., Monroy, Z. & Bernal, Y. (2013). *Historia de la Psicología*. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia\\_de\\_la\\_Psicologia\\_Alvarez\\_Diaz\\_Molina\\_Aviles\\_Monroy\\_Nasr\\_Bernal\\_Alvarez\\_TAD\\_1\\_sem.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia_de_la_Psicologia_Alvarez_Diaz_Molina_Aviles_Monroy_Nasr_Bernal_Alvarez_TAD_1_sem.pdf)
- American Psychological Association (2011). *Careers in Psychology*. Recuperado de <https://www.apa.org/careers/resources/guides/careers.pdf>
- American Psychological Association (2015). *APA Dictionary of Psychology*. Recuperado de [https://www.academia.edu/40596461/American\\_Psychological\\_Association\\_APA\\_Dictionary](https://www.academia.edu/40596461/American_Psychological_Association_APA_Dictionary)
- Aragón, L. E. (diciembre 2004). Fundamentos Psicométricos de la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 7(4), 23-43. Recuperado de: <http://www.ojs.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/21668/20420>
- Bados, A. (2008). *Aspectos deontológicos, éticos y legales en la intervención psicológica*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3963/1/IPCS%20deontolog%C3%ADa%2C%20%C3%A9tica%20y%20ley.pdf>
- Bados, A. (2008). *La Intervención Psicológica: Características y Modelos*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Bados, A. & García-Grau, E. (2009). *El proceso de evaluación y tratamiento*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/9893/1/Proceso%20de%20intervenci%C3%B3n.pdf>
- Bados, A. & García-Grau, E. (2011). *Técnicas Operantes*. Recuperado de: <https://docplayer.es/284707-Tecnicas-operantes-arturo-bados-y-eugeni-garcia-grau.html>
- Bados, A., García-Grau, E. & Fusté, A. (abril 2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista internacional de psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502. Recuperado de <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/11/Eficacia-terapia-psicologica.pdf>
- Barragán, A. R. (diciembre 2012). Psicología positiva y humanismo: premisas básicas y coincidencias en los conceptos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1512-1531. Recuperado de <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art18.pdf>
- Beck, A. & Haigh, E. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24387236>

Bermejo, V. (2008). Supuesto didáctico sobre ética profesional y deontología en el campo de la psicoterapia. *Información psicológica*, 93, 107-115. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=16&ved=2ahUKEwjwqP\\_YnLDpAhUIXqwKHfIFBJY4ChAWMAV6BAgGEAE&url=http%3A%2F%2Fwww.informaciopsicologica.info%2FOJSmottif%2Findex.php%2Fleonardo%2Farticle%2Fdownload%2F253%2F206&usg=AOvVaw24I3SmF7FN\\_0UlbR1MRt4a](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=16&ved=2ahUKEwjwqP_YnLDpAhUIXqwKHfIFBJY4ChAWMAV6BAgGEAE&url=http%3A%2F%2Fwww.informaciopsicologica.info%2FOJSmottif%2Findex.php%2Fleonardo%2Farticle%2Fdownload%2F253%2F206&usg=AOvVaw24I3SmF7FN_0UlbR1MRt4a)

Bernstein, D. & Nietzel, T. (1982). *Introducción a la Psicología clínica*. Recuperado de [https://www.academia.edu/29602110/Introducción\\_a\\_la\\_Psicologia\\_Clinica.pdf\\_autor\\_Bernstein](https://www.academia.edu/29602110/Introducción_a_la_Psicologia_Clinica.pdf_autor_Bernstein)

Butcher, J. N., Mineka, S. & Hooley, J. M. (2007). *Psicología clínica*. Recuperado de [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/LIBROPsicologiaClinica.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROPsicologiaClinica.pdf)

Camino, M. & Serrano-Pintado, I. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público: mejora de la fluidez y comprensión. *Revista de psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 54-61. Recuperado de <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-1813-2.pdf>

Carr, A. & McNulty, M. (2016). *The Handbook of Adult Clinical Psychology*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=liXeCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=clinical+psychology&ots=Mgc9j1rvj\\_&sig=K5y6VJ\\_7qiaIaT59ubTCOy68zQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=clinical%20psychology&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=liXeCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=clinical+psychology&ots=Mgc9j1rvj_&sig=K5y6VJ_7qiaIaT59ubTCOy68zQ&redir_esc=y#v=onepage&q=clinical%20psychology&f=false)

Cedeño, J. G., Rodríguez, L. A., Escobar, M. C. & Sosa, F. J. (2017). Perfil del psicólogo clínico y la demanda laboral en el área de salud del cantón Portoviejo. *Revista caribeña de ciencias Sociales*, 1, 1-22. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/caribe/2017/04/salud-canton-ecuador.html>

Centro ELEIA. (2019). *Clínica de Atención Comunitaria del Centro ELEIA*. Recuperado de <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/clinica-de-atencion-comunitaria-del-centro-eleia/>

Centro Integral de Psicología. (2020). *Contacto*. Recuperado de <https://centrointegraldepsicologia.com>

Chamarro, A. (2007). *Ética del psicólogo*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=MM2Gro2Q1WsC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=MM2Gro2Q1WsC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Choque, S. G. (2017). La Psicología y el Siglo XXI. *Revista de la Universidad Ricardo Palma*, 16, 125-131. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjR7erXpa7pAhVNA6wKHR9XDDcQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.urp.edu.pe%2Findex.php%2FTradicion%2Farticle%2Fdownload%2F1445%2F1341%2F&usg=AOvVaw05xKOUosON\\_qwP6g2Qew\\_G](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjR7erXpa7pAhVNA6wKHR9XDDcQFjAAegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Frevistas.urp.edu.pe%2Findex.php%2FTradicion%2Farticle%2Fdownload%2F1445%2F1341%2F&usg=AOvVaw05xKOUosON_qwP6g2Qew_G)

Coffin, N., Yoseff, J. J., Cedillo, B., López, M. R., Suárez, P. & Anguiano, S. A. (marzo 2018). La ética en psicología y sus ámbitos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 237-265. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi181m.pdf>

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (2010). *Código Deontológico del Psicólogo*. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/codigodeontologicojunio2010.pdf>

Colegio Oficial de Psicólogos. (2014). *Psicología Clínica y de la Salud*. Recuperado de <https://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

Covarrubias, P. (enero 2009). El carácter científico de la Psicología. Un estudio sobre las representaciones de sus estudiantes. *Perfiles educativos*, 31(126), 8-19. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982009000400002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982009000400002)

Cully, J. & Teten, A. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy*. Recuperado de [https://depts.washington.edu/dbpeds/therapists\\_guide\\_to\\_brief\\_cbtmanual.pdf](https://depts.washington.edu/dbpeds/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf)

Del Río, A. R. (2012). *La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención*. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2801>

Dobson, K. & Dozois, D. (2019). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Estados Unidos: The Guilford Press.

Duro, J. C. (mayo-agosto, 2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, 24(85), pp. 1-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. & Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral pshychology/Psicología Conductual*, 20(2), 423-435. Recuperado de [http://cms.ual.es/idc/groups/public/@centro/@psicologia/documents/documento/documento/funciones\\_prim\\_reflex.pdf](http://cms.ual.es/idc/groups/public/@centro/@psicologia/documents/documento/documento/funciones_prim_reflex.pdf)

Ellman, S. J. (2018). *When Theories Touch. A Historical and Theoretical Integration of Psychoanalytic Thought*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=PyZhDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=psychology+definition+2020&ots=AJykeKyT-k&sig=WeZk0ipyoAROD46s0IX1q7wnGXk&redir\\_esc=y#v=onepage&q=psychology%20definition%202020&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=PyZhDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=psychology+definition+2020&ots=AJykeKyT-k&sig=WeZk0ipyoAROD46s0IX1q7wnGXk&redir_esc=y#v=onepage&q=psychology%20definition%202020&f=false)

Esparza, E. M. & Blum, B. (2009). Evaluación del programa para optimizar la formación del psicólogo clínico. *Revista de la educación superior*, 38(152), 97-112. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-27602009000400006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-27602009000400006)

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo\\_Sistémico\\_Enero2016.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistémico_Enero2016.pdf)

Fundación UNAM. (2020). *Línea de Atención psicológica Call Center UNAM*. Recuperado de <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/si-requieres-atencion-psicologica-acercate-a-la-unam/>

García, T. (2004). Some Brief Strategic Systemic Therapy Techniques for Couple's Therapy. *Arezzo*, 1, 95-109. Recuperado de [http://www.brieftherapymalta.com/web\\_3.0/publications/eng/garcia.pdf](http://www.brieftherapymalta.com/web_3.0/publications/eng/garcia.pdf)

Gazzaniga, M., Heatherton, T. & Halpern, D. (2016). *Psychological Science*. Estados Unidos: W.W. Norton.

Gobierno de México. (2020). *Servicio de Orientación Psicológica*. Recuperado de [https://difem.edomex.gob.mx/servicio\\_orientacion\\_psicologica](https://difem.edomex.gob.mx/servicio_orientacion_psicologica)

Gómez, M. & Peláez, G. P. (julio-diciembre 2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a06.pdf>

González, D. F., Barreto, A. P. & Salamanca, Y. (2017). Terapia Cognitiva. Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 201-207. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/328876180\\_Terapia\\_cognitiva\\_antecedentes\\_teor%C3%ADa\\_y\\_metodologia](https://www.researchgate.net/publication/328876180_Terapia_cognitiva_antecedentes_teor%C3%ADa_y_metodologia)

González, M., González, I. & Vicencio, K. (2014). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*, 13(1), 108-120. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v13n1/art11.pdf>

Hayes, S. & Hofmann, S. (2018). *Process Based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Canada: Raincoast Books

Jordán, F. (2017). *Psicología. Una introducción a las nociones fundamentales*. Recuperado de [https://www.uccor.edu.ar/archivos/documentos/Institucional/PRIUCC/Ingreso\\_2019/Material\\_de\\_estudio/material-estudio-introduccion-psicologia-FILOSOFIA.pdf](https://www.uccor.edu.ar/archivos/documentos/Institucional/PRIUCC/Ingreso_2019/Material_de_estudio/material-estudio-introduccion-psicologia-FILOSOFIA.pdf)

Josefowitz, N. & Myran, D. (2017). *CBT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Cognitive Behavioral Therapy*. Canada: Raincoast Books

Kassa, K., Tefera, B., Asmamaw, A., & Disasa, H. (2019). *General Psychology*. Recuperado de <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/78183/1/General%20Psychology.pdf>



Kramer, G. P., Bernstei, D. A. & Phares, V. (2019). *Introduction to Clinical Psychology*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=muKfDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=clinical+psychology&ots=hsWwa9Shfk&sig=9y9Ps-49sDoi7kJFFN87Z8w6FHI&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=muKfDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=clinical+psychology&ots=hsWwa9Shfk&sig=9y9Ps-49sDoi7kJFFN87Z8w6FHI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Kuittinen, M. & Rätty, H. (mayo 2015). Becoming a Graduate Professional Psychologist: In What Ways are Professional Competences Perceived. *International Journal of Psychological Studies*, 7(2), 18-30. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/277602615\\_Becoming\\_a\\_Graduate\\_Professional\\_Psychologist\\_In\\_What\\_Ways\\_are\\_Professional\\_Competences\\_Perceived](https://www.researchgate.net/publication/277602615_Becoming_a_Graduate_Professional_Psychologist_In_What_Ways_are_Professional_Competences_Perceived)

Labrador, F. (2008). *Técnicas de Modificación de Conducta*. España: Ediciones Pirámide.

Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. & Fernández-Montalvo, J. (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*. Recuperado de <http://www.sepcys.es/uploads/documentos/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf>

Lazo, M. V. & Véliz, K. A. (2017). Habilidades blandas del psicólogo clínico en su intervención en la salud pública. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 1, 1-12. Recuperado de <https://www.utm.edu.ec/investigacion/phocadownload/publicaciones/Publicaciones-Regionales/2017/FCHS/2017.FCHS.%20LAS%20HABILIDADES%20BLANDAS%20DEL%20PSICOLOGO%20CLINICO%20EN%20SU%20INTERVENCION%20EN%20LA%20SALUD%20PUBLICA.pdf>

Lee, C. M. & Hunsley, J. (2018). *Introduction to Clinical Psychology*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=6e5LDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=clinical+psychology&ots=otfzNGGsv2&sig=CYPmZll6hbTqcGiKQQxkRR3gABO&redir\\_esc=y#v=onepage&q=clinical%20psychology&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=6e5LDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=clinical+psychology&ots=otfzNGGsv2&sig=CYPmZll6hbTqcGiKQQxkRR3gABO&redir_esc=y#v=onepage&q=clinical%20psychology&f=false)

Leiva, C. (2005). Conductismo, cognitivismo y aprendizaje. *Tecnología en Marcha*, 18(1), 66-73. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4835877>

López, C. E. (enero 2018). La Educación Holística desde una Perspectiva Humanista. *Revista Científica*, 3(8), 301-318. Recuperado de [http://www.indteca.com/ojs/index.php/Revista\\_Scientific/article/view/222](http://www.indteca.com/ojs/index.php/Revista_Scientific/article/view/222)

López, R. (enero-junio 2013). desarrollo de la especialidad en Psicología Clínica en Costa Rica: Perspectivas futuras. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 43-60. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4836505.pdf>

Maganto, C. & Ávila, A. (1999). *El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales*. Recuperado de [https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/CMAAvila\\_1999\\_Diagnostico\\_Psicodinamico\\_CyS.PDF](https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/CMAAvila_1999_Diagnostico_Psicodinamico_CyS.PDF)

Mendoza, R. (abril 2004). Ética y Psicología Clínica. *Perspectivas psicológicas*. 1, 18-22. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a04.pdf>

Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (julio 2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual? *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 1, 1-6. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual.pdf>

Muniz, A. (2018). *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. Recuperado de [https://psico.edu.uy/sites/default/pub\\_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicolog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2018-11/Intervenciones%20en%20psicolog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica.pdf)

Pérez-Álvarez, M. (2019). Psicoterapia como ciencia humana, más que tecnología. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2877.pdf>

Pomerantz, A. M. (2017). *Clinical Psychology. Science, Practice, and Culture*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=fCBuDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=clinical+psychology&ots=IH9kAAMjG3&sig=6Ma1u8lyMPwqHTJCY7hL978pJG8&redir\\_esc=y#v=onepage&q=clinical%20psychology&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=fCBuDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=clinical+psychology&ots=IH9kAAMjG3&sig=6Ma1u8lyMPwqHTJCY7hL978pJG8&redir_esc=y#v=onepage&q=clinical%20psychology&f=false)

Roa, A. (1995). Bases teóricas y conceptuales de la evaluación en psicología clínica. En: A. Roa (dir.). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Cepe, p. 25- 71.

Rooney, B. & Ness, A. (2019). *Methods in Psychological Research*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=oRtcDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=psychology+science+intro&ots=fYiYNOORHX&sig=5UyFnZjAUQpKjF362EYUXGPvY8Q&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=oRtcDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=psychology+science+intro&ots=fYiYNOORHX&sig=5UyFnZjAUQpKjF362EYUXGPvY8Q&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Recuperado de [https://www.academia.edu/10436026/MANUAL\\_DE\\_TÉCNICAS\\_DE\\_INTERVENCIÓN\\_COGNITIVO\\_CONDUCTUALES](https://www.academia.edu/10436026/MANUAL_DE_TÉCNICAS_DE_INTERVENCIÓN_COGNITIVO_CONDUCTUALES)

Sánchez, M. J. (2012). La ética y deontología profesional en el proceso de formación académica de los alumnos de la Facultad de psicología (Universidad Nacional de la Plata). *Revista de Psicología*, 12, 109-125. Recuperado de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.5640/pr.5640.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5640/pr.5640.pdf)

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. Recuperado de <http://www.universidadcultural.com.mx/online/claroline/backends/download.php?url=L0VzY29iZWVvLVNhbmNoZXotUGVkcml8tUHNpY29sb2dpYS1DbGluaWNhLW9wdC1wZGYucGRm&cidReset=true&cidReq=CLP5>

SAPTEL. (2020). *Contacto*. Recuperado de <http://www.saptel.org.mx>

Sarason, I.G. & Sarason, B.R. (2006). *Psicopatología. Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada*. Recuperado de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/texto-psicopatolog3ada-psicolog3ada-anormal-el-problema-de-la-conducta-indaptada.pdf>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo*. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Recuperado de <https://www.slideshare.net/AlbertoMartinezPaz/codigo-etico-delpsicologosociedadmexicana-de-psicologa>

Summers, R. F. & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic Therapy. A Guide to Evidence-Based Practice*. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=wM6eveNZevsC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Summers,+R.+F.+%26+Barber,+J.+P.+\(2010\).+Psychodynamic+Therapy.+A+Guide+to+Evidence+Based+Practice.&ots=xmAmzpAqrG&sig=p47iPR7SvjdDdK8iJig3jVx74nc#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=en&lr=&id=wM6eveNZevsC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Summers,+R.+F.+%26+Barber,+J.+P.+(2010).+Psychodynamic+Therapy.+A+Guide+to+Evidence+Based+Practice.&ots=xmAmzpAqrG&sig=p47iPR7SvjdDdK8iJig3jVx74nc#v=onepage&q&f=false)

Sperry, L. & Sperry, J. (2016). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-5. Personality Disorders*. Estados Unidos: Routledge, Taylor & Francis Group.

Tamez, A. I. & Rodríguez, J. C. (marzo 2017). Integración de modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 338-372. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art19.pdf>

Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Recuperado de [https://www.academia.edu/37918794/Trull\\_and\\_Phares.\\_Psicolog%C3%ADa\\_Cl%C3%ADnica](https://www.academia.edu/37918794/Trull_and_Phares._Psicolog%C3%ADa_Cl%C3%ADnica)

Universidad Nacional Autónoma de México. (2016). *Atención psicológica, psiquiátrica, médica y odontológica*. Recuperado de <http://www.fcencias.unam.mx/comunidad/estudiantes/apoyo/medico>

Velázquez, L., Bonilla, M. P. & Padilla, A. M. (diciembre 2019). Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual en la Ansiedad y Depresión en Médicos Internos de Pregrado. *Psychology Beyond Border*, 2(3), 1-34. Recuperado de [https://www.academia.edu/39394508/Efectos\\_De\\_Una\\_Intervenci%C3%B3n\\_Cognitivo\\_Conductual\\_En\\_La\\_Ansiedad\\_Y\\_Depresi%C3%B3n\\_En\\_M%C3%A9dicos\\_Internos\\_De\\_Pregrado](https://www.academia.edu/39394508/Efectos_De_Una_Intervenci%C3%B3n_Cognitivo_Conductual_En_La_Ansiedad_Y_Depresi%C3%B3n_En_M%C3%A9dicos_Internos_De_Pregrado)

Yáñez-Galecio, J. (septiembre 2005). Competencias profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar. *Terapia Psicológica*, 23(2), 85-93. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523209.pdf>