



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN EL ÁMBITO  
PRIVADO”**

**REPORTE DE ACTIVIDAD PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ARIACNE NAVA HERNÁNDEZ**

**DIRECTOR: JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES  
ASESORES: MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ  
CARLA ALEJANDRA GUZMÁN PÉREZ**



**LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO  
2022**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
Capítulo 1	
<b>ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA</b> .....	11
1.1 La Psicología Clínica.....	27
Capítulo 2	
<b>DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN/EMPRESA DONDE SE REALIZÓ LA PRÁCTICA</b> .....	35
Capítulo 3.	
<b>ACTIVIDAD PROFESIONAL REALIZADA</b> .....	39
3.1 Funciones y actividades principales del psicólogo clínico.....	39
3.1.1 Función de evaluación.....	39
3.1.2 Función de intervención.....	62
3.1.3. Función preventiva.....	91
3.1.4. Función docente e investigativa.....	107
Capítulo 4.	
<b>RESULTADOS</b> .....	113
Capítulo 5.	
<b>EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA REALIZADA</b> .....	126
5.1. Transformación de la visión de la práctica psicológica en el área clínica....	130
5.2. Crecimiento en la práctica social de ejercer la psicología clínica.....	134
5.3. Evaluación de la práctica en función de los criterios de la comunidad.....	137
<b>CONCLUSIONES</b> .....	141
<b>REFERENCIAS</b> .....	145

## Resumen

La práctica clínica es un área de la disciplina psicológica, sin embargo, en México solo el 20% de la población que requiere atención psicológica recibe algún tratamiento y, hay 0.19 psicólogos clínicos por cada 100,000 habitantes. El presente trabajo tuvo como objetivo reportar una experiencia profesional en el área clínica, analizarla desde la perspectiva del Aprendizaje Situado, como proceso de aprendizaje y formativo. Para ello, se presentan los acontecimientos que permitieron el surgimiento de la psicología clínica como disciplina y profesión, así como a la delimitación de su objeto de estudio e intervención. De igual forma, se describe la institución donde se realizó la práctica clínica y se exponen las funciones propias del psicólogo que se llevaron a cabo como son: evaluación, intervención, preventiva y docente-investigativa, así como las actividades que implican cada una de estas. En los resultados se presenta el número de horas de experiencia terapéutica que se obtuvo en cada una de las funciones del área clínica y, en relación al número de sesiones, se compara el desempeño con el que otros terapeutas tuvieron durante sus inicios en el área. Como conclusión, se enfatiza la importancia de fomentar la apertura de espacios para la formación de terapeutas que aprenden de otros psicólogos expertos en el área, así como los aspectos que un recién egresado puede tomar en cuenta para decidir insertarse en el área.

*Palabras clave: Psicología Clínica, formación de terapeutas, terapia, práctica clínica, aprendizaje situado.*

La psicología se puede definir en dos visiones, como ciencia y profesión. En ciencia es el estudio científico del comportamiento y de un grupo de ciencias y modos distintos de conocer (Peña y Cañoto, 2018). En su desarrollo como disciplina científica, se ha intentado unificar la definición de la psicología, de acuerdo a su objeto de estudio, algunos refieren que se interesa en el estudio de factores intrínsecos del individuo (comportamiento y procesos mentales, funciones del cerebro (Hilgard, Atkinson y Atkinson, 1979; Gerrig y Zimbardo, citados en Peña y Cañoto, 2018) otros autores consideran que la psicología se enfoca en los factores extrínsecos (como el ambiente, incluyendo el contexto social, económico y cultural) y la influencia de éstos en el individuo, algunos más, hacen énfasis en la interacción de distintos factores, entre el comportamiento y el ambiente (Ribes, 2008, citado en Peña y Cañoto, 2018). Peña y Cañoto (2018) consideran que la psicología se interesa principalmente en dos relaciones, la primera es cerebro-conducta y la segunda ambiente-conducta.

La psicología como profesión, se interesa no sólo en buscar significados o explicación de los fenómenos, sino en buscar respuestas a problemas cotidianos que las personas tienen en el contexto social; sus ámbitos de aplicación, los cuales han surgido ante la presencia de demandas sociales que las ciencias aplicadas existentes en el momento no alcanzaron a dar respuesta.

Por ejemplo, tanto la primera como la segunda guerra mundial y el periodo entre éstas fueron eventos que conllevaron grandes consecuencias psicológicas y sociales; se impulsó el rol del psicólogo como especialista en evaluación de trastornos mentales en adultos y niños, posteriormente, los psicólogos empezaron a evaluar otros aspectos del individuo, se introdujeron en otros

contextos sociales y se enfrentaron a la necesidad de intervención que cada uno demandaba. En la actualidad se identifican como campos de acción de los psicólogos, las áreas: Clínica, Educativa, Organizacional o Industrial, y de Salud.

Para la Psicología en general, así como la Psicología de la Salud y Clínica, otros acontecimientos son hito en la develación de la importancia del papel del psicólogo, como el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la importancia del bienestar psicológico en el mantenimiento de la salud y la creación de revistas que difundieron las primeras investigaciones en el ámbito médico que introdujeron variables psicológicas, desde trabajos basados en una visión psicoanalítica, sobre la influencia de los conflictos psíquicos en los problemas médicos, hasta aquellos de perspectiva conductual, sobre la modificación de conducta para generar hábitos saludables (García-López, Piqueas, Rivero, Ramos y Oblitas, 2008).

En el caso de la Psicología Clínica, las guerras mundiales y el periodo entre guerras fue igual de importante que para la Psicología en general, pues marcó su surgimiento y crecimiento; varios sectores de la población presentaron deterioro de su salud mental, y los psiquiatras no tenían personal suficiente para atender a todos los afectados por estos eventos, además, de enfrentar situaciones nuevas en el ámbito médico, por lo que la necesidad de la intervención de especialistas en trastornos mentales se hizo más evidente (Belloch, 2008; Bernstein y Nietzel, 1982). Sin embargo, en el ámbito médico hubo varias interposiciones a que la psicología se definiera como una profesión diferente e independiente a la psiquiatría dentro del sector de salud, a pesar de

ello, poco a poco psiquiatras y médicos interesados en el tema fueron construyendo teorías acerca de la mente y el comportamiento humano.

La psicología clínica es hasta la actualidad una de las áreas principales de aplicación de la disciplina psicológica, ha sido definida de diversas maneras, en esencia, en la literatura se refieren a ella como la rama de la psicología dedicada a los trastornos mentales clásicos (García-López y cols., 2008). Belloch (2008) afirma que esta área tiene su propio objeto de estudio, al centrarse en los aspectos del ser humano (sentimientos, pensamientos, experiencias, etcétera) que provocan interferencias o deterioro en el desarrollo personal.

La psicología clínica es una de las ramas más identificadas dentro del saber popular, pero se tiene una idea estigmatizada de ella, pues en la construcción social de la salud, el bienestar psicológico no se coloca como una necesidad primaria, por el contrario, en la mayoría de la población se tiene una opinión negativa el hecho de acudir con un terapeuta a pedir ayuda; en México, solo el 20% de la población que requiere atención psicológica recibe algún tratamiento (Rentería, 2018); es usual que las personas acudan a otro tipo de saberes antes que con un psicólogo, exponiéndose en muchas ocasiones a estructuras fraudulentas, pseudo-psicologías, que conllevan prácticas carentes de ética (sobre todo porque son realizadas por personas que no son profesionales de la psicología) que prometen alivios rápidos del sufrimiento psicológico. Pero, el estado actual de la Psicología Clínica como ciencia y profesión, no se debe solo al poco reconocimiento social que las personas le dan al enfrentarse con problemas que los sobrepasan, también la poca oferta de los servicios psicológicos y terapéuticos juegan un papel importante, al respecto,

Rentería (2018) señala que, de cada 10 profesionales de salud en México, sólo uno es psicólogo, y no todos se dedican al área clínica.

Es importante difundir el trabajo del psicólogo clínico, pues en ocasiones, ni siquiera los colegas o aquellos que se encuentran en formación tienen una idea clara de qué hace un psicólogo clínico, por ende, menos se puede exigir una identificación, y mucho menos un reconocimiento, del mismo. Al igual que en otras ramas de la psicología, los profesionales del área clínica se enfrentan a la necesidad de cubrir diferentes demandas mediante la realización de varias funciones que se integran para alcanzar un objetivo general; dar respuesta a una problemática específica, la del paciente que consulta al terapeuta.

Ribes, Fernández, Rueda, y López, (1986) consideran que en ámbito profesional el psicólogo realiza cinco funciones principales; 1) detección de problemas, 2) desarrollo, 3) rehabilitación, 4) planeación y prevención y 5) investigación. En el presente trabajo se describen estas funciones, como esencial de la formación académica que se realiza en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En el área clínica, Anzola, (2005) señala las funciones del psicólogo, como la evaluación, la intervención y la prevención. Estas son desarrolladas durante la formación académica.

Parte de las actividades que integran la función de investigación del psicólogo, es la difusión, la cual se realiza con la finalidad de construir conocimiento que pueda generar el crecimiento de la psicología como disciplina y/o como profesión. Por la escasa atención de las problemáticas psicológicas y la deficiente oferta de servicios terapéuticos, se considera necesario ahondar y



en qué hace un psicólogo en el área clínica, con fines de difusión entre la comunidad de estudiantes que se encuentran en formación, egresados que están por decidir desarrollarse en el área clínica, y que quizá no tienen una idea clara de lo que hace un terapeuta. Un panorama real del área clínica es que la oferta laboral para los recién egresados deficiente, no existe un manual que explique cómo empezar en el ámbito privado, y menos, uno que advierta de las dificultades que tarde o temprano se enfrentan en la labor terapéutica, por ello, es importante retomar, tanto lo que se reporta en la literatura como una visión subjetiva, derivada de la experiencia de haberse insertado en el área clínica.

Par el profesional en el área clínica, es pertinente tener en cuenta los conceptos propuestos en la teoría del Aprendizaje Situado, que es una perspectiva de construcción social; en ésta se propone que el aprendizaje está contextualizado y es sólo una parte de la práctica social, la cual tiene una construcción histórica, social y cultural. Desde esta perspectiva, el aprendizaje consiste en el incremento del involucramiento en las actividades de la práctica social de una comunidad, aquellos que se insertan en la comunidad se denominan aprendices, y mediante la observación y participación en actividades aparentemente simples de la práctica, van aprendiendo de la ejecución de los veteranos con los que convive, poco a poco van haciendo actividades con más complejidades y responsabilidades, hasta que llegan a convertirse en participantes diestros de la práctica que se realiza en la comunidad (Lave y Wenger, 1999). Este esquema, es similar al que se desarrolló en la institución, donde se formó profesionalmente la autora de este trabajo.

El presente reporte de actividad profesional\*, tiene como objetivo describir una experiencia profesional en el área clínica, como un proceso de enseñanza aprendizaje, formativo y de inserción a la práctica real, así como exponer una experiencia desarrollada en la práctica privada.

En el primer capítulo, se describen los antecedentes teóricos del área de la psicología clínica; se delimita a la psicología como ciencia, así como una breve recopilación de los eventos históricos que propiciaron su especificidad y la diversificación de la disciplina psicológica en sus principales campos de aplicación, estos son descritos brevemente en función de las áreas reconocidas por la Asociación Psicológica Americana (APA) y la literatura psicológica; en este apartado también se expone la evolución de la psicología como profesión en el área de la salud, específicamente de la psicología clínica, se consideran las funciones que se proponen desde el plan de estudio de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, para introducir al quehacer del psicólogo en el área y sobre las situaciones actuales que llevan a la necesidad del crecimiento de la psicología clínica.

En el segundo capítulo, se realiza una breve reseña de la historia de la Psicología Clínica como rama de conocimiento teórico y práctico, se describen a grandes rasgos los acontecimientos más importantes asociados a la introducción de la psicología en el área médica, así como su evolución hasta construir un rol específico e independiente a otras profesiones del ámbito médico que se vieron limitadas ante nuevas demandas sociales, y también, independiente de otras áreas de la psicología, obteniendo como resultado un objeto de estudio e intervención propio. Al respecto, se puede mencionar que, como se verá en el

apartado, hay antecedentes que la psicología clínica comparte con la psicología general y otros que son propios de la evolución del área clínica.

En el tercer capítulo, se describe la estructura de la organización donde se realizó la práctica profesional reportada en el presente trabajo, el cual es un consultorio psicológico de atención privada, se presenta el organigrama de la empresa, así como detalles de su funcionamiento, las actividades de los miembros de estas de acuerdo a su posición jerárquica y su rol profesional como psicólogos clínicos, también se presenta una breve reseña del programa de becas para ingresar a laborar en el consultorio.

En el cuarto capítulo, se desglosa el sustento teórico de las funciones y actividades que formaron la actividad profesional reportada, como la función de evaluación, que incluye la realización de entrevistas y evaluaciones clínicas infantiles (aplicación de pruebas proyectivas y psicométricas, análisis e integración de pruebas psicológicas y la realización de reporte psicológico, así como la comunicación de datos), además de agrega la estructura del reporte psicológico, establecida en la organización, así como los aspectos psicológicos a los que cada apartado hace referencia. Se describe, la función de intervención, de las actividades de proporcionar terapia, en este apartado se profundiza sobre el papel del psicólogo como terapeuta, así como las características de la relación terapéutica. Además, se presenta la descripción de la función preventiva del psicólogo en el área clínica, se desglosan las características de dos tipos de actividades realizadas en la práctica profesional, el primero hace referencia a la terapia infantil, en la cual se incluye la intervención en procesos terapéuticos, tanto niños como a con adolescentes y la psicoeducación, que puede ser

catalogada como sesiones de asesorías, pues son de carácter informativo y son dirigidas hacia los padres de los niños. Estas dos actividades se mencionan en la función de prevención debido a que, dadas las características del trabajo clínico, la prevención entendida como evitar un problema psicológico, no existe en este ámbito, pero el trabajo con niños y adolescentes, así como la difusión de información sobre las dinámicas que pueden complicarse en la edad adulta, pueden impactar de una manera favorable en el desarrollo del paciente. Finalmente, se habla de la función de docencia e investigación, haciendo referencia a la actividad de supervisión clínica, las características de la relación que la sustentan y los objetivos de esta, que se relacionan principalmente con la actividad de dar terapia. En este apartado que hace referencia a las funciones del psicólogo clínico, se agregan algunas observaciones subjetivas, pues son derivadas de la propia experiencia, sobre las situaciones y complicaciones que cada una de estas actividades puede representar para el profesional de la psicología clínica.

En el capítulo cinco, se reportan los resultados cuantitativos de la actividad profesional realizada, se presenta el desempeño como terapeuta en función de las horas de trabajo dentro de la sala terapéutica y correspondiente a funciones de un psicólogo clínico, como son sesiones de entrevistas, terapia, evaluación infantil y psicoeducación. En primera instancia, se presenta el total de sesiones de la autora y con fines comparativos también se describe el desempeño de otros terapeutas (tanto los que anteriormente laboraron en la institución como aquellos que actualmente siguen laborando), durante sus primeros años de trabajo, así como la media del desempeño de este grupo de psicólogos que se ha insertado en el área clínica sin una experiencia previa.

Además, se presenta el desglose del desempeño terapéutico de la autora, en términos del número de horas trabajadas en cada tipo de sesión, y el porcentaje de éxito en actividades como la entrevista y la evaluación infantil clínica, así como los resultados de las sesiones de terapia en términos de los estatus actuales de los procesos terapéuticos.

En el capítulo 6, se presenta una evaluación crítica de la actividad profesional realizada, para lo cual se retoman los conceptos del Aprendizaje Situado, pues se describe el proceso de inserción y de crecimiento dentro de la comunidad de práctica. Se analizan el involucramiento de la autora en la práctica social que se realiza en Psicología Integral, con base en la interpretación de los resultados cuantitativos presentados en el apartado seis, además de presentar las observaciones e interpretaciones derivadas de la comparación del desempeño de los terapeutas que han laborado en la institución, en función de la importancia de ciertos factores para insertarse y mantenerse en el área clínica. Finalmente se presentan las conclusiones, en las cuales se habla de la conveniencia de un esquema de Aprendizaje Situado en el caso del desarrollo profesional de los psicólogos que inician su práctica profesional en el campo clínico, se considera también la necesidad de vincular mediante este tipo de aprendizaje la formación académica y la formación profesional en el ámbito real.

## 1. Antecedentes teóricos de la psicología clínica

Antes considerar el área de la psicología clínica es necesario revisar en general, la disciplina de la cual proviene, la psicología. Es complicado encontrar en la literatura una definición de psicología que sea aceptada de forma unánime por la comunidad de psicólogos, debido a que existe una gran variedad de enfoques que ofrecen una visión particular de lo que consideran el objeto de estudio de la psicología; aunque algunas definiciones han sido aceptadas, fueron modificadas conforme sucedieron algunos sucesos históricos que influyeron tanto en el surgimiento como en la evolución de la disciplina y la forma de entender el quehacer de los psicólogos.

Respecto a la pregunta de qué es la psicología, Peña y Cañoto (2018) comentan que hay dos perspectivas para definirla, para explicarlo refieren una analogía entre el arte de mosaico moderno y la psicología. Para construir un mosaico se acomoda un conjunto de fotos para conformar una imagen global, pero el acercamiento a cada una de las fotos permite apreciar que no dejan de ser una representación particular. En el caso de la psicología como disciplina se identifica algo similar, pues existe la visión desde la que se intenta definir la psicología de una forma global y se pretende unificar tanto su objeto de estudio como su forma de conocimiento para posicionarla como una ciencia homogénea y única; otra perspectiva reconoce la diversidad que caracteriza a la psicología, desde esta visión se afirma que la psicología está conformada por un grupo de ciencias distintas, cada una con un particular modos de conocer su objeto de estudio, de entenderlo y definir su quehacer; ambas visiones se relacionan de

forma dialéctica, pues actualmente se sigue redefiniendo la disciplina en general y se siguen proponiendo nuevos enfoques y herramientas particulares.

Peña y Cañoto (2018) afirman que la psicología es una ciencia y una profesión, esta caracterización dual implica que el trabajo de los psicólogos es diverso, ya que pueden ser 1) científicos que realizan investigaciones sobre el comportamiento humano, 2) profesionales que aplican los conocimientos de la psicología para resolver problemas de salud mental, educación, deportes, derecho o médicos, o 3) desempeñar ambos roles, el escenario ideal en las diferentes áreas de la psicología.

En referencia a la psicología como ciencia, Peña y Cañoto (2018) comentan que el objeto de estudio de la psicología es el comportamiento animal y humano, (específicamente el de los sujetos que tienen un sistema nervioso) definiéndolo como “la práctica de un organismo biológico en un medio regulado por las relaciones socioculturales” (Ribes, 2008 citado en Peña y Cañoto, 2018) y los procesos mentales, es decir, “los sistemas mediante los cuales el ingreso sensorial es transformado y almacenado [...] como sensación, percepción, imaginación, recuerdo, pensamiento, entre otros” (Neisser, 1967 en Peña y Cañoto, 2019). La mayoría de las definiciones de psicología hacen referencia al estudio de las relaciones entre cerebro-conducta y ambiente-conducta, Peña y Cañoto (2018) mencionan que algunos autores consideran una de estas relaciones más importante que la otra o enfatizan más un elemento, ya sea el biológico o el cultural, los autores consideran que si bien estos son aspectos relevantes, pues se refieren a condiciones necesarias para la ocurrencia de los

hechos psicológicos, su comprensión es sólo la parte de la explicación de lo psicológico.

Además, Peña y Cañoto (2018) consideran que el objetivo de la psicología no es únicamente buscar el significado de los fenómenos que estudia, también busca respuestas a determinadas problemáticas, esto es de lo que se encarga el psicólogo en su actividad profesional. Flexner (citado en Peña y Cañoto, 2018) advierte, como profesión, la psicología está basada en objetivos prácticos y alcanzables, sus técnicas están enmarcadas en una disciplina sistemática, como cualquier profesión implica operaciones intelectuales, específicamente el psicólogo requiere vincular las técnicas con problemas individuales. Al respecto Peterson (1997 citado en Peña y Cañoto 2018) señala que el trabajo profesional del psicólogo requiere realizar el diseño disciplinado de servicios complejos para ayudar a clientes con problemáticas, necesidades y recursos diferentes, por lo que se requiere que el trabajo sea individualizado, del mismo que con las investigaciones teóricas que realiza el científico, el profesionalista tiene en cuenta cada variable de la problemática que enfrenta en la práctica. Como indican Peña y Cañoto (2018), la investigación aplicada es la práctica profesional que funciona como puente de comunicación entre la psicología como ciencia y como profesión, de hecho, en el ideal es una de las actividades del psicólogo como profesionalista que contribuyen al crecimiento de la disciplina.

Peña (2009), también ofrece una diferenciación similar entre la psicología como disciplina científica y profesiones psicológicas, además explica que la diversificación de estas últimas se debe a su desarrollo histórico. El autor afirma que, por un lado, se puede identificar a la psicología como disciplina científica,



pues está conformada por un conjunto de conocimientos teóricos y metodológicos, producto del estudio de un objeto específico, que se han llamado procesos psíquicos o mentales (aprendizaje, memoria, percepción, emociones, cogniciones, motivación, personalidad), para describirlos, se han construido conceptos que son irreductibles a otras disciplinas y representan un saber analítico y abstracto.

Por otro lado, se puede considerar varias profesiones psicológicas, definiendo éstas como la ocupación integral del tiempo para atender una necesidad social, se recibe una remuneración por realizarla y es la manera en que una persona “se gana la vida”. Otros aspectos de la profesión es que cuenta con perfiles de competencias con las que debe contar el profesional, así como un código ético, para desempeñarla se requiere una formación académica y conocimientos especializados, la formación se recibe formalmente en las escuelas, éstas proporcionan los conocimientos de las disciplinas científicas que son la base de la actuación profesional ante una problemática humana concreta.

Peña (2009) comenta que en el caso de la psicología, todas sus profesiones se basan en la disciplina científica de la psicología, pero también en otro tipo de saberes, que son transdisciplinarios e interdisciplinarios; los primeros hacen referencia a los saberes necesarios para la resolución de una problemática concreta, para lo cual confluyen diferentes disciplinas, cada una con su saber específico, los segundos se refieren a preguntas que deben ser resueltas en la interfase de las disciplinas, es decir, la problemática requiere una interrelación y retroalimentación entre las disciplinas involucradas para ser atendida.

Los saberes especializados están vinculados a procedimientos e instrumentos generados en investigación, por ello, toda disciplina cuenta con profesionales cuya ocupación principal es la *Investigación*. Los psicólogos que se dedican a dicha función académica tienen como objetivo producir conocimiento, con el que pretenden aclarar las problemáticas conceptuales de las temáticas propias a la psicología. De acuerdo con Peña (2009), esta función de investigador es la que da inicio a la psicología como profesión, pues históricamente, como se ahondará más adelante, antes que cualquier otra actividad, se reconoció la evaluación de capacidades y diferencias individuales como ocupación correspondiente a los psicólogos.

La actividad de evaluación psicológica, como función de investigación, se fue extendiendo hacia otros escenarios, donde se demandó que la evaluación de otros fenómenos psicológicos y se incorporaron otras funciones a la ocupación del psicólogo, según las demandas sociales que recibían de los individuos, grupos o instituciones en los que prestaban el servicio de evaluación (García, 2014). De esa forma, el escenario social y las necesidades de éste, fueron diversificando la profesión psicológica, hasta llegar a la constitución de diferentes perfiles profesionales, que son clasificados como: psicólogos *educativos, organizacionales o industriales, clínicos y sociales o ambientales*.

Actualmente, los *psicólogos educativos*, no solo evalúan el desarrollo intelectual o las habilidades con fines de orientación vocacional, también tienen funciones de *intervención*, en los problemas de aprendizaje, así como en la estructura y mejora de los planes curriculares, realizan estrategias para optimizar el proceso enseñanza-aprendizaje, entre otras temáticas propias del ámbito

educacional. Por su parte, a los *psicólogos organizacionales*, también se les ha demandado intervenir, por lo que además de evaluar y seleccionar al personal, diseñan estrategias para mejorar el desarrollo y el clima organizacional, así como fomentar la motivación y la salud ocupacional, con la finalidad de potencializar las capacidades y habilidades de las personas, dentro de la organización donde laboran. En el caso de los psicólogos clínicos, Peña (2009) considera que su profesión es el ejemplo más claro de cómo la diversificación de la profesión a veces debe las demandas sociales, pues la primera Guerra Mundial, propició la necesidad de intervención clínica, pasando de la evaluación clínica, a la consejería y luego a la psicoterapia; se ahondará más adelante en las funciones propias a esta profesión.

Peña (2009) describe en el cuadro *“Fundamentos de conocimiento de las ocupaciones psicológicas”* (p. 10) los saberes en los que se basa la labor del psicólogo en cada una de estas profesiones, el autor refiere que a pesar de utilizar las mismas disciplinas, los saberes transdisciplinarios e interdisciplinarios que requieren para atender las problemáticas concretas de cada profesión son distintos, además, los saberes vinculados a la práctica, se van enfocando en los temas de mayor interés y áreas en las que un psicólogo general necesita formarse para realizar su ocupación. Por ejemplo, en el caso del Psicoterapeuta, Peña (2009) indica que la labor del psicólogo se vincula a las disciplinas de Psicología, Ciencias Biológicas, Ciencias Sociales, Matemáticas y Estadística; las interdisciplinas de Psicobiología, Psicosociología, Psicofarmacología; y las transdisciplinas de Evaluación psicológica, Técnicas terapéuticas, Problemas específicos (Abuso de sustancias psicoactivas, depresión, problemas de aprendizaje, etcétera.)

Respecto a las distintas profesiones que un psicólogo puede desempeñar, usualmente se consideran como categorías principales la Psicología Educativa, Psicología Organizacional o del Trabajo, Psicología Experimental, Psicología Social y Psicología Clínica, sin embargo, distintos autores e instituciones se refieren a ellas como áreas de especialización o ramas de la psicología aplicada. Por ejemplo, desde el año 2008 la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) está compuesta por 54 divisiones, las cuales se muestran en la Tabla 1, cada una se refiere a las ramas de la disciplina psicológica que esta asociación reconoce actualmente, todas cuentan con una revista especializada, en donde se difunden las investigaciones correspondientes a dichas áreas.

**Tabla 1. Divisiones de la APA**

<i>Divisiones de la Asociación Americana de la Psicología</i>
1) Asociación de Psicología General
2) Asociación de la Enseñanza de la Psicología
3) Psicología Experimental y Ciencia Cognitiva
5) Métodos Cuantitativos y Cualitativos
6) Neurociencia del Comportamiento y Psicología Comparativa
7) Psicología del desarrollo
8) Asociación de la Psicología Social y de la Personalidad
9) SPSSI: Society for the Psychological Study of Social Issues
10) Asociación de la Psicología de la Estética, la Creatividad y el Arte
12) Asociación de Psicología Clínica
13) Society of Consulting Psychology

- 14) Asociación de la Psicología Industrial y Organizacional
- 15) Psicología Educativa
- 16) School Psychology
- 17) Society of Counseling Psychology
- 18) Psicólogos en el Servicio Público
- 19) Asociación de Psicología Militar
- 20) Desarrollo Adulto y Envejecimiento
- 21) Aplicación Experimental y Psicología de la Ingeniería
- 22) Psicología de la Rehabilitación
- 23) Society for Consumer Psychology
- 24) Asociación de la Teoría y Psicología Filosófica
- 25) Análisis de la Conducta
- 26) Asociación de la Historia de la Psicología
- 27) Society for Community Research and Action: Division of Community Psychology
- 28) Psicofarmacología y Abuso de Sustancias
- 29) Society for the Advancement of Psychotherapy
- 30) Asociación de la Psicología de la Hipnosis
- 31) State, Provincial and Territorial Psychological Association Affairs
- 32) Psicología Humanista
- 33) Society for the Advancement of Psychotherapy
- 34) Environmental, Population and Conservation Psychology
- 35) Asociación de la Psicología de la Mujer
- 36) Psicología de la Religión y la Espiritualidad
- 37) Society for Child and Family Policy and Practice
- 38) Psicología de la Salud
- 39) Psicoanálisis

- 40) Neuropsicología Clínica
- 41) American Psychology-Law Society
- 42) Psychologists in Independent Practice
- 43) Psicología de la Pareja y la Familia
- 44) Asociación para la Psicología de la Orientación sexual y la Diversidad de Género
- 45) Society for the Psychological Study of Culture, Ethnicity and Race
- 46) Psicología de los Medios de Comunicación y Tecnología
- 47) Psicología del Ejercicio y el Deporte
- 48) Asociación para el Estudio de la Paz, el Conflicto y la Violencia
- 49) Group Psychology and Group Psychotherapy
- 50) Psicología de las Adicciones
- 51) Asociación para el Estudio Psicológico del Hombre y la Masculinidad
- 52) Psicología Internacional
- 53) Society of Clinical Child and Adolescent Psychology
- 54) Asociación de Psicología Pediátrica
- 55) Asociación Estadounidense para el Avance de la Farmacoterapia
- 56) Psicología del Trauma

Nota: De *Divisiones APA*, por American Psychology Association. 2008, de <https://www.apadivisions.org>

La Psicología Clínica es reconocida por la APA como una división independiente a otras áreas de la Psicología, sin embargo, no deja de guardar relación histórica y funcional con el área de la salud, y de pertenecer a dicho sector, tanto a nivel institucional como en la práctica privada. Respecto al concepto de salud, Alcántara (2008) afirma que éste es un fenómeno social, por lo que responde a una condición histórica, en cada época se construye un consenso sobre lo que se considera salud, con base en una estructura irreplicable de poder, técnicas,

ideas valores, costumbres y creencias, por lo que la definición de salud es resultado de todas estas condiciones sociales, es una construcción social.

La Psicología Clínica y la Psicología de la Salud comparten algunos antecedentes históricos que permitieron a la Psicología en general, ser considerada como necesaria en la investigación y el trabajo multidisciplinar enfocado al proceso salud-enfermedad. Anteriormente el modelo predominante para atender la enfermedad era la visión biomédica, el cual fue rebasado por el Modelo Bio-psico-social, y que, el concepto de salud empezó a transformarse, en parte, debido a las aportaciones de las ciencias sociales que dieron cuenta de que los aspectos ajenos a la biología y genética también influyen en la enfermedad y tratamiento de los pacientes (García-López y cols., 2008).

Un elemento que permitió que la psicología se acercara a la investigación de los problemas médicos, fue que diferentes perspectivas psicológicas que estaban proponiendo y consolidándose como disciplinas con un objeto de estudio propio, se interesaron en la relación entre la fisiología y los trastornos psicológicos, por ejemplo, desde la perspectiva psicoanalítica, en 1918 se empiezan a proponer las hipótesis e interpretaciones, que conforman lo que hoy se conoce como Psicología Somática, las cuales sugieren que los trastornos funcionales se deben o se relacionan estrechamente con los conflictos psíquicos. Desde la Psicología Experimental, también hubo este acercamiento con los temas médicos, como los trabajos de condicionamiento operante que investigaban las reacciones fisiológicas, buscando formas de modificarlas mediante la manipulación de las variables ambientales, ejemplo de estos trabajos fueron las investigaciones de Watson y Rayner sobre el aprendizaje del

miedo en niños (García-López y cols., 2008). Otro hito que hace evidente el interés de la psicología en dichos temas es la creación de la Revista Medicina Psicosomática, en el año de 1939; para el año 1948, el impacto de los procesos psicológicos en el proceso salud-enfermedad es considerado conceptualmente, pues desde esa fecha hasta la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1, OMS, 2006). Algunos autores han propuesto definiciones más amplias, por ejemplo, Briceño y León (citados en Alcántara, 2008), la salud es una síntesis de diversos procesos, que tienen que ver con aspectos biológicos del individuo y el ambiente que lo rodea.

Otros acontecimientos resultan importantes para la consolidación de algunas áreas de la psicología, como la constitución de la Medicina Conductual, como rama de aplicación de las técnicas de modificación de conducta, en 1973, y en el año 1978 la creación de Psicología de la Salud, como división de la APA y en 1982 se publicó su respectiva revista, en la que se incluyeron artículos relacionados tanto a Medicina Conductual, Medicina Psicosomática y Biomedicina, esta última, interesada en los procesos curativos en la interacción médico-paciente (García-López y cols, 2008)

En el modelo Bio-psico-social, se apuesta a que la enfermedad y la salud son procesos que requieren un trabajo en diferentes niveles, es decir, que se tome en cuenta los factores biológicos, sociológicos, físicos y psíquicos (García-López y cols, 2008); en este sentido, la psicología como promotora de la salud, se encarga de fomentar los factores o mecanismos psicológicos que impactan



en la salud de manera favorable, que ayudan a adaptarse al ambiente o nos alejan de estados depresivos o estresantes, como la calidad de las relaciones interpersonales, así como atender aquellos que pueden influir de manera negativa, como la insatisfacción laboral o personal o problemas en relaciones sociales, que en ocasiones llegan a modificar la fisiología del organismo y pueden llegar a causar enfermedades físicas.

La psicología social, ha aportado que el contexto social es de gran importancia el momento de intervenir en el proceso salud-enfermedad, pues sugiere que los conceptos que se aprenden y se construyen en el ambiente específico del individuo, determinan hasta cierto punto las percepciones, actitudes y los comportamientos de este para con su salud y malestares. La psicología interviene y busca promover la salud desde diferentes ramas, sin embargo, cabe diferenciar entre ellas, específicamente entre la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica; la primera se enfoca en estudiar e intervenir en los trastornos psicológicos relacionados con los problemas médicos, con el objetivo de prevenir enfermedades y promocionar la salud, por otro lado, la Psicología Clínica atiende los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales, que pueden o no causar problemas médicos (García-López y cols, 2008). Otra diferencia es que la Psicología de la Salud trabaja para proporcionar información, analizar riesgos, hacer recomendaciones y modificar contextos que beneficien a una comunidad o grupo determinado que se ve afectado por una o varias enfermedades, en cambio, en la Psicología Clínica se trabaja con casos particulares, se identifican y explican aquellas dinámicas que le hacen daño al paciente, comprometen su bienestar o causan los síntomas (físicos o psicológicos) que lo aquejan, así como los riesgos que hay de que su situación

empeore; desde la visión clínica, se analiza cómo se ha movido el paciente en el espectro salud-enfermedad por medio de su historia de vida o de aprendizaje y se busca que el paciente tome conciencia de aquello que lo está enfermando.

En la construcción social de la salud, es importante agregar que ésta implica más que la definición del concepto, también determina la forma en que una sociedad se comporta y actúa ante las instituciones que se dedican al sector y las figuras de conocimiento que la representan. Las normas y valores culturales que componen la salud como un hecho social, se reflejan en fenómenos inmateriales como el prestigio o estatus que los médicos tienen en una sociedad (Alcántara, 20008); por otro lado, la salud también es un fenómeno cuantificable, de hecho, las organizaciones mundiales establecen parámetros para la medición de eventos que forman parte del concepto de salud, como son la tasa de mortalidad, natalidad, esperanza de vida y proporción de médicos por habitantes. En el caso de la psicología, es preciso revisar cuál es la presencia de la profesión del sector salud en México, respecto a las demandas sociales, la oferta de los servicios psicológicos, así como la accesibilidad que la población tiene a ellos, pues si se considera lo que refiere Alcántara (2008) los indicadores cualitativos y cuantitativos sobre la salud psicológica son parte de la noción de salud mental que se construye.

En este sentido, Rentería (2018) expone cifras correspondientes a la atención de la salud mental en México, publicadas al inicio del año 2018, en las cuales se identifica que el 17% de la población presenta al menos un trastorno mental y uno de cada cuatro personas lo padecerá por lo menos una vez en su vida, de dicha población sólo el 20% recibe algún tipo de tratamiento. El 18% de

los mexicanos que viven en zonas urbanas y están en edad productiva presentan ansiedad, depresión o algún tipo de fobia, lo preocupante de las estadísticas mencionadas es que los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otras lesiones autoinfligidas, además en el país hay 3 millones de personas adictas al alcohol, 13 al tabaco y 400 mil a psicotrónicos.

Una de las principales causas de la falta de atención psicológica que menciona Rentería (2018) es la existencia del estigma social que reciben las personas que acuden a solicitar dicho servicio, especialmente aquellos que son diagnosticados con algún trastorno psicológico. Otra razón importante es que el presupuesto público que se destina a la atención de la salud mental es del 2% en México, mientras que la OMS recomienda destinar entre el 5 y 10%. Por último, Rentería (2018) rescata el dato de que en México existen 10 profesionales de salud mental por cada 100,000 habitantes, entre los que se encuentran 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 0.53 trabajadores sociales, 2 profesionales o técnicos de salud, sólo 1 psicólogo. Los psicólogos se pueden desempeñar en el área organizacional, educación, investigación y salud, y no todos los psicólogos que se desempeñan en el área de la salud se dedican al área clínica, específicamente a la atención terapéutica, por lo que la disponibilidad de terapeutas es de 0.19 por cada 100,000 habitantes.

La falta de accesibilidad a los servicios psicológicos, no solo por la economía de la población, sino por el escaso número de terapeutas en proporción con el número de habitantes, se vuelve más alarmante al revisar como las afecciones psicológicas se ven reflejadas en la salud general. En el año 2017 la Secretaría de Salud reportó que en México se identificaron veinte

principales causas de enfermedades, las cinco más prevalentes son: infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, úlceras y gastritis, en apariencia parece no involucrar la labor del psicólogo, sin embargo, son enfermedades causadas por un estilo de vida que si guarda relación con afecciones psicológicas.

Es más clara la necesidad de intervención psicológica cuando se revisan las enfermedades por edades y las causas de enfermedad; un ejemplo de enfermedades que han sido asociadas a problemáticas familiares y psicológicas es la obesidad, que al igual que la desnutrición leve, aparece en el conteo en niños de 1 a 4 años y en el grupo de 5 a 9 años, la obesidad aumenta su prevalencia en el grupo de 10 a 14 años, y se mantiene entre las principales diez causas de enfermedades casi en todos los grupos subsecuentes, en dicho grupo son frecuentes las afecciones provocadas por piquetes o mordeduras de animales, a partir del grupo de 15 a 19 años aparecen otras como accidentes en transporte en vehículos con motor y violencia intrafamiliar, ésta última causa persiste hasta los 45 años. En el grupo de 20 a 24 años, se presentan infecciones de transmisión sexual y trastornos hipertensivos relacionados con el parto, en el grupo de 24 a 25 años las personas presentan Diabetes Mellitus Tipo II, de los 45 a los 49 años se identifica como una de las enfermedades predominante la depresión, la cual aparece también en todos los grupos subsecuentes.

Respecto a la mortalidad en México el INEGI (2017) identifica que en el año 2015 las principales causas de muerte a nivel nacional son enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, además, a medida que se comparan los datos por edades otras causas que reflejan la necesidad de

atención psicológica se presentan. Por ejemplo, de 0 a 4 años los niños mueren por accidentes, específicamente de transporte, a partir de los 5 hasta los 14 años, además de la causa mencionada aparecen las agresiones como causa principal de muerte, así como el ahogamiento (en varones), en el grupo de 15 a 29 años, tanto en hombres como en mujeres, las agresiones (la cual se mantiene dentro de las seis causas principales hasta los 60 años en el caso de los hombres y hasta los 44 en el caso de las mujeres) y los accidentes se identifican como las dos causas más frecuentes de muerte y en tercer lugar se identifica las lesiones autoinfligidas. En el grupo de 30 a 44 años prevalecen causas como tumores malignos en el caso de las mujeres y enfermedades del corazón en el caso de los hombres, a partir de los 44 años, la causa de muerte prevaleciente en la población mexicana es la Diabetes Mellitus, seguida por enfermedades del hígado y del corazón y cerebro vasculares.

Al identificar las problemáticas requieren de la atención terapéutica y el porcentaje de casos que no son atendidos, resulta importante ahondar en el papel del psicólogo clínico en la sociedad actual, pues se necesita la difusión de del trabajo clínico para que la salud mental en algún momento pueda ser o se acerque a ser prioridad para las instituciones del sector salud y para la sociedad en la atención de la salud de forma integral, para ello hay que empezar con la difusión dentro de la comunidad de psicólogos, incluyendo a aquellos que están en formación y están interesados en integrarse al área clínica de la psicología, proceso que tiene más complejidades de las que pensamos al terminar la carrera y de las cuales se las que se habla poco.

## 1.1 La Psicología Clínica

Autores, como Gómez y Peláez (2015) conceptualizan a la psicología clínica como un campo de aplicación de la disciplina psicológica, por ende, los antecedentes que se exponen sobre del origen y desarrollo del área son los mismos que se identifican respecto a la psicología en general. Belloch (2008) menciona que si bien “la evolución conceptual y profesional de la psicología clínica es deudora de la psicología [...] su propio objeto de estudio, los trastornos mentales y de comportamiento, no siempre ha sido bien visto ni aceptado por la psicología científica” (p. 70). Para hablar de la historia de la psicología clínica, hay que recordar que la historia, al menos desde la visión del construccionismo, es subjetiva y como sucede en la dimensión psicológica, quien cuenta la historia elige los datos o eventos que resultan congruentes para contar una u otra versión de la historia. No es el objetivo del presente capítulo profundizar en la historia ni proponer una versión como *verdadera*, sino exponer sólo algunos de los antecedentes que dieron origen del área clínica como campo profesional del psicólogo para contextualizar tanto la criticada diversidad de enfoques psicológicos que existen actualmente como el rol actual del psicólogo clínico.

Belloch (2008) distingue dos tipos de antecedentes históricos de la psicología clínica, los que se refieren a las condiciones que permitieron el surgimiento de la psicología como disciplina y los antecedentes que permitieron al psicólogo clínico delimitar y diferenciar su labor de otros profesionistas del área de la salud.

De acuerdo con Belloch (2008), fue el conjunto de algunas condiciones sociales, económicas y políticas que permitieron el surgimiento de nuevas

ciencias, entre las cuales se encuentran la psicología, sociología y antropología. En diferentes épocas y lugares se identifican pensadores que han contribuido de manera importante a la reflexión filosófica de la naturaleza humana (desde autores como Descartes, Spinoza hasta Leibniz y Kant), sin embargo, como disciplina, la psicología surge en Alemania durante el siglo XIX. época en la cual Europa se enfrentaba a cambios derivados del proceso de industrialización, desde las formas de producción hasta las normas de convivencia social que implicó la cercanía del trabajo en espacios reducidos y comunes, aunado a las ideas de la revolución francesa sobre el respeto hacia otros, la libertad y la individualidad, en conjunto generaron normas de convivencia social distintas a las que imperaban anteriormente.

La ciencia también se vio influida por dichos cambios, ideas como la libertad e igualdad de las personas, la pérdida del poder que tenían las clases dominantes como la iglesia, permitieron que el escepticismo y el mecanicismo predominaran en la nueva ciencia, se sustituyó a la observación natural, así como la reflexión filosófica por la observación controlada y la necesidad de predecir el curso de los acontecimientos. Experimentar con la realidad se conceptualizó como la auténtica actividad científica, la posibilidad de intervenir o influir en los cambios sociales, así como la necesidad de involucrarse en ellos, colocó a la ciencia, a los científicos, como la nueva clase dominante, supuestamente capacitados para dar respuestas inmediata a las necesidades humanas, dicha característica de la ciencia se convirtió en la demanda hacia las nuevas propuestas sobre el conocimiento de cualquier área, dar una respuesta fiable e inmediata.

Con respecto a la psicología, respondiendo a las demandas presentes en la atmósfera antes descrita, Wundt, con una formación filosófica y médica, comenzó a estudiar las sensaciones como unidad de las experiencias conscientes, para ello fundó el primer laboratorio experimental en Leipzig, Alemania en el año 1879, además publicó el primer libro referente a la psicología científica, por lo anterior, es considerado como el fundador de la psicología experimental. En Estados Unidos existían otras propuestas sobre el objeto de estudio de la ciencia psicológica, entre las que estaban la de William James, quien publica *Principios de la Psicología* en 1890, definiendo la vida mental como el objeto de estudio de la nueva psicología, así como procedimientos incompatibles con los que proponía Wundt en el continente europeo.

Respecto al desarrollo de la psicología clínica en Europa, Belloch (2008) destaca la obra de Brentano publicada en 1874 con el título de *Psicología desde el punto de vista empírico*, en la cual propuso que el objeto de estudio de la psicología son los actos mentales, su concepción de los hechos psicológicos como intencionales, con un propósito y finalidad, no susceptibles de experimentación pero sí mediante la intuición, fue un antecedente importante para el desarrollo conceptual de dos modelos fundamentales en psicología clínica, la psicología de la Gestalt y el movimiento fenomenológico. Sin embargo, la importancia de la obra de Brentano no fue identificada en dicha época, pues los enfoques que de ella se derivaron no respondieron a la necesidad de aplicar de manera inmediata los principios psicológicos, interés y urgencia que de acuerdo con Belloch (2008) ha diferenciado desde sus inicios a la psicología clínica como profesión, de la psicología como disciplina.



El crecimiento económico, industrial y político de Estados Unidos, su independencia ideológica de Europa, sobre todo en el aspecto de considerar que la actividad científica está al servicio de la sociedad norteamericana, fueron condiciones que permitieron el nacimiento de psicología más práctica, que empezó con la creación de herramientas para la medición de las características físicas y mentales de las personas, además del énfasis que había en el valor adaptativo de las diferencias individuales. Al inicio del siglo XX, en Europa las potencias que habían definido los intereses científicos se enfrentaron a la devastación provocada por la primera guerra mundial y Estados Unidos se posiciona como la primera potencia científica del mundo, lo cual implicó que decidía cuáles eran los planteamientos y problemáticas interesantes, en los cuales valían la pena invertir recursos.

En estas condiciones surge el movimiento funcionalista norteamericano, el cual tuvo influencia determinante para la psicología clínica, pues bajo un enfoque funcionalista y pragmático, Lightner Witmer definió a la psicología clínica ante la APA como una profesión que se “deriva de los resultados obtenidos en el examen individual de muchos seres humanos... es una institución pública, abierta al servicio de la sociedad, a la investigación propia y a la formación de los estudiantes” (Collins, citado en Belloch, 2008 p. 76)

La definición de Witmer representa la creación de la psicología como profesión, por otro lado, la influencia de la primera guerra mundial causó el incremento del uso de los test de inteligencia y propició la ampliación de la evaluación psicológica a aspectos de problemas, trastornos mentales, tanto infantiles como de adultos; de acuerdo con Belloch (2008) lo anterior permitió

afianzar el rol del psicólogo como experto en la construcción, uso e interpretación de dichos instrumentos, posteriormente surgieron otros instrumentos para evaluar personalidad, intereses y emociones, basados en la teoría psicoanalítica de Freud, quien fue invitado a dar conferencias en una reconocida universidad de Estados Unidos.

Belloch (2008) menciona que respecto al crecimiento de la psicología clínica, durante el periodo entre guerras, en Europa decaía tanto el poder económico y político de las naciones como las propuestas que habían dominado en la ciencia, incluida la de Wundt, en Estados Unidos surgieron y crecieron las propuestas que eran acordes al funcionalismo, los modelos dominantes eran el psicoanálisis y el conductismo por ser herramientas científicas que además de permitir el diagnóstico desde lo psicológico proponen tratamientos para los trastornos mentales y del comportamiento.

En particular, la psicología clínica se enfrentó a condiciones adicionales que marcaron los antecedentes para diferenciar su objeto de estudio e intervención del que corresponde a otros profesionales de la salud. Belloch (2008) afirma que en el origen de la psicología clínica se haya también una psiquiatría y una neurología insatisfecha con el abordaje médico-biologicista que predominaba a partir del siglo XVII, fue la medicina la profesión que consideró a las psicopatologías como enfermedades mentales, por lo que surgió la necesidad de brindar cuidado y atención especializada a la población que recibía dicho diagnóstico, sin embargo, los médicos y psiquiatras buscaron respuestas diferentes, cabe recordar que autores como Freud, Pávlov y Wundt, entre otros, teniendo una formación médico, psiquiátrica o neurológica, hicieron grandes

aportaciones al estudio de los trastornos mentales que resultaron en el desarrollo de la psicología.

El crecimiento de la psicología, específicamente de la psicología clínica, implicó algunos enfrentamientos con otros profesionales, ya que el crecimiento de los test como herramienta de evaluación y diagnóstico fue considerada por la comunidad de psiquiatras como una amenaza a su autoridad y rol en el área de la salud, por la misma razón tampoco estaban de acuerdo con la implicación que tuvieron los psicólogos en el diagnóstico y la aplicación de los tratamientos para las afecciones y dolencias humanas, los cuales resultaron menos costosos y dolorosos que los tratamientos psiquiátricos. Belloch (2008) advierte que los intentos por restringir el rol del psicólogo en lo referente a la salud mental por parte de la Sociedad de Psiquiatría de Nueva York en 1917 y la asociación Médica Americana en 1954 por medio de una petición a la APA de negarles el reconocimiento como expertos en evaluación de problemas mentales y prohibirles que practicasen psicoterapia (psicoanálisis en ese entonces), respectivamente, a pesar de ello en el área de la salud hoy se recomienda que el abordaje principal de los trastornos mentales y del comportamiento sea cual sea su gravedad debe ser psicológico.

Belloch (2008) afirma que la prohibición que hizo la Asociación Médica Americana quizá fue un evento que obligó a los psicólogos a construir marcos teóricos y metodológicos distintos al enfoque psicoanalista y psicodinámico, surgiendo una gran variedad de enfoques que hasta hoy no comparten un marco teórico sobre lo psicológico y las psicopatologías, sin embargo el autor considera que si hay un factor común en el trabajo de la psicología clínica, pues todos los

enfoques consideran en su análisis y tratamiento la relatividad socio-cultural del trastorno mental, ya que las ideas predominantes de la sociedad sobre la salud es fundamental para construir una idea de su ausencia o carencia. Además, Belloch (2008) habla de que el objeto de estudio propio de la psicología clínica, que la diferencia de otras áreas de la disciplina psicológica, que va más allá del concepto médico de enfermedad, pues incluye “todas las experiencias, sentimientos, y/o actividades , mentales o comportamentales de las personas que resultan inusuales o anómalas, disfuncionales y dañinas, inadaptadas y fuera del control o la voluntad personales, o que provocan interferencias o deterioro en el desarrollo personal, en el comportamiento, y en las relaciones sociales”

En México el plan de estudios que propuso Ribes y cols. (1986), el cual estuvo vigente desde 1976 hasta el año 2015 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se mencionan las funciones que como profesional psicólogo realiza para responder a las demandas sociales. Independientemente del área en el que trabaje y se especialice, el objetivo era que todos los egresados fueran capaces de realizar las siguientes funciones: 1) detección de problemas, que se refiere a la evaluación y diagnóstico en términos de carencias o potencialidades de formas de comportamiento, 2) desarrollo, que incluye la capacitación y la educación, pues consiste en promover cambios a nivel individual o grupal en términos conductuales para el cumplimiento de objetivos individuales y de grupo 3) rehabilitación, definida como remedio de aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o grupos, 4) planeación y prevención, que incluye el diseño de ambientes, predicción de problemas y difusión de actividades profesionales y 5) investigación que se refiere a la evaluación controlada de

instrumentos de medición, diseño de tecnologías y establecimiento de habilidades interdisciplinarias.

El panorama de las tareas cotidianas que realiza el psicólogo en su actividad profesional para responder a problemáticas específicas es bastante amplio, Ribes y cols. (1986) consideran que las actividades concretas no dependen únicamente de sus funciones sino del sector donde la lleve a cabo, es decir, a) salud pública, b) producción y economía, c) instrucción, o d) ecología y vivienda, además de las condiciones económicas en que se desenvuelve, urbana desarrollada, urbana marginada, rural desarrollada o rural marginada, así como el número de personas a las que afecta la actividad, individuos, grupos urbanos o grupos institucionales. Ribes y cols. (1986) sugieren que las 240 intersecciones que resultan a partir de las posibles combinaciones entre funciones, las áreas problema, las condiciones económicas y el tipo de población donde se interviene, posibilitan que el psicólogo tenga un amplio campo de intervención, pues puede realizar al menos una actividad profesional concreta en cada una de ellas. Los autores comentan que el área de la salud pública, implica principalmente funciones de desarrollo, rehabilitación y prevención, así como de investigación y detección, que se requieren en cualquier área problema; el psicólogo que se enfoca en la salud pública se centra en el trabajo grupal o individual mediante procedimientos clínicos o programación de ambientes institucionales, hasta cierto punto la actividad profesional que hace es también instruccional, pues el psicólogo reeduca para remediar las deficiencias propiciadas por un ambiente social desfavorable al desarrollo de la población (Ribes y cols., 1986).

## **2. Descripción de la institución/empresa donde se realizó la práctica**

Psicología Integral es una asociación que se dedica a la consulta psicológica privada, ofrece los servicios de evaluación y terapia infantil, terapia individual, de pareja y psicoeducación para padres. Fue fundada hace 12 años, cuenta con dos consultorios activos ubicados en la colonia Azpeitia de la Delegación Azcapotzalco, ahí laboran 7 psicólogos ofreciendo los servicios antes descritos.

La organización se estructura a partir de dos posiciones principales de jerarquía, socios y becarios, los primeros son cuatro psicólogos, tres mujeres y un hombre, que dirigen la empresa y supervisan a los becarios en su práctica clínica. A su vez los becarios ocupan una posición en la jerarquía proporcional a la experiencia en el área y el tiempo que han trabajado en el consultorio. Independientemente de la posición que ocupen en la organización todos los psicólogos realizan las funciones de terapeuta. En la Figura 1 se muestra el organigrama de la empresa a partir de Enero del 2020 y en la Figura 2 la estructura que tenía del año 2018 al año 2019; la estructura se utiliza para establecer las labores administrativas y actividades necesarias para el mantenimiento del consultorio, así como el proceso de aprendizaje que se fomenta en la organización.

Figura 1. Estructura jerárquica y funcional de la empresa Psicología Integral, a partir de enero del año 2020

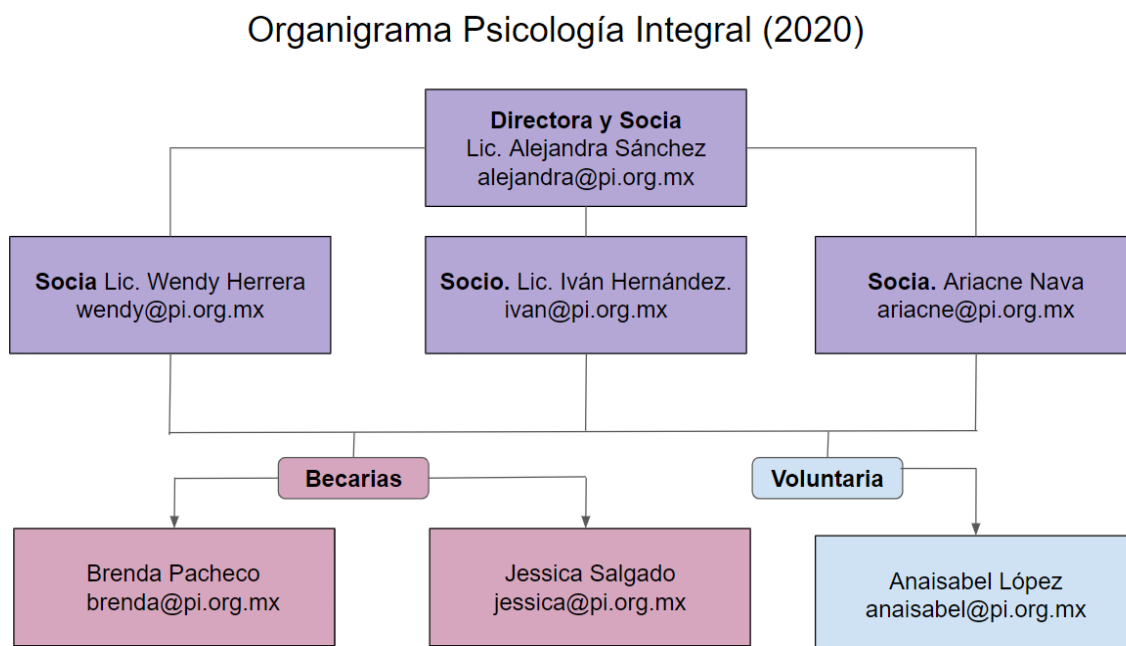
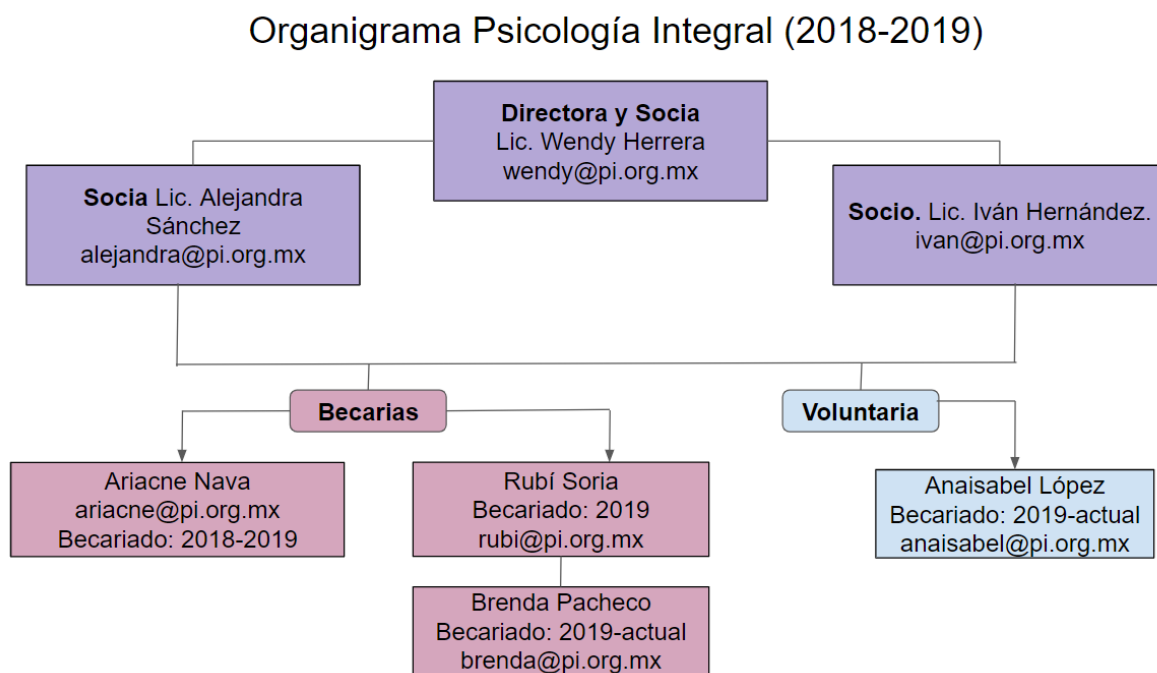


Figura 2. Estructura jerárquica y funcional de la empresa Psicología Integral, de enero del año 2018 diciembre del año 2019



Las funciones de los psicólogos que son socios incluyen, su labor principal como terapeutas, actividades administrativas, de difusión y de docencia. Las actividades administrativas se refieren a la contabilidad de la empresa, la compra de insumos necesarios para el funcionamiento de la asociación, captura y análisis de datos referentes a las personas atendidas por cada terapeuta, así como del desempeño de los becarios y voluntarios y la proyección de su rentabilidad como psicólogos clínicos. En el caso de la difusión, se encargan de la búsqueda, selección y publicación en redes sociales de contenido relacionado con psicología, así como de publicitar los servicios de la empresa. Referente a las funciones de docencia, los socios dirigen la supervisión de los casos clínicos atendidos por todos los terapeutas de Psicología Integral, incluyéndose a ellos mismos, con la finalidad de que todo el equipo de psicólogos obtenga la retroalimentación necesaria para mejorar su práctica clínica, además, buscan y proporcionan a los becarios materiales bibliográficos y audiovisuales que generen reflexiones sobre temas psicológicos.

El esquema de contratación de becarios es por tiempo determinado, el psicólogo que ingrese a laborar como becario se compromete a permanecer en la empresa durante un año, en el cual realiza funciones propias de un terapeuta con supervisión clínica de psicólogos que tienen entre 2 y 12 años de experiencia en el área, así como actividades relacionadas a la recepción de pacientes, publicidad y mantenimiento del consultorio. De esta forma el becario ofrece su tiempo y disposición para realizar labores que un psicólogo hace en el ámbito de la consulta privada y obtiene a cambio el aprendizaje en la práctica clínica en un ámbito real, así como el pago proporcional a su trabajo.



La empresa cuenta con dos consultorios que se encuentran de forma contigua en un edificio blanco ubicado en Avenida de las Granjas, en la Delegación Azcapotzalco, ubicado en una zona de poca afluencia económica para hacer accesible los servicios psicológicos para las personas de clase media o escasos recursos económicos. Las instalaciones con las que cuenta la organización son: en el primer consultorio, la sala de espera, un espacio donde los pacientes y sus acompañantes pueden acceder a internet, televisor y revistas para amenizar su estancia en el consultorio, la recepción, donde cada terapeuta atiende a sus pacientes para el cobro de las consultas, agendar las citas o dar informes a nuevos pacientes vía telefónica o presencial, así como el baño para uso exclusivo de pacientes. Además, se encuentran dos salas terapéuticas, una ambientada con juegos y materiales didácticos, específicamente para la atención a niños y otra para adultos, cuya característica es la ubicación de dos sillones, uno frente al otro, para el paciente y el terapeuta. En el segundo consultorio hay dos salas más para la atención de adultos, el resto es un espacio para uso exclusivo de los terapeutas, como mobiliario tecnológico, sillas, cocina y baño.

### **3. Actividad profesional realizada**

#### **3.1. Funciones y actividades principales del psicólogo clínico**

Respecto a las funciones específicas de un psicólogo clínico, autores como Anzola (2005) identifican como principales: la evaluación o diagnóstico, la intervención o tratamiento y la prevención. Se puede notar que el área clínica realiza funciones genéricas de la psicología, sin embargo, es en el objetivo donde se encuentra la especificidad de la actividad del psicólogo clínico.

##### **3.1. 1. Función de evaluación**

Respecto a la evaluación Anzola (2005) explica que en el área clínica dicha función consiste en explorar las capacidades cognitivas, habilidades, destrezas sociales y características de la personalidad que integran el funcionamiento psicológico del individuo, con la finalidad de integrar los datos teóricos con la realidad particular del individuo y elegir el plan terapéutico que responda al motivo de consulta del paciente. De manera más amplia, Bernstein y Nietzel (1982) afirman que la evaluación es una herramienta no exclusiva del ámbito clínico, ni siquiera de la psicología, pues en esencia consiste en recabar información, integrarla y tomar una decisión con base en los resultados; en contexto con el quehacer profesional del psicólogo es un proceso que consiste en recabar y procesar información sobre una persona, posteriormente el psicólogo utiliza esa información para emitir u orientar en la toma de una decisión, es decir, en ocasiones es él quien hace una elección, por ejemplo decide el tratamiento psicológico adecuado para la problemática o establece un referente de la situación con la que el paciente inicia el proceso terapéutico, en

otras ocasiones la información se comunica al paciente para ayudarlo a hacer elecciones, como una carrera, sin que el psicólogo tenga influencia en esta más allá de la orientación; otras veces comunica los resultados a las personas responsables de decidir, ya sea el tutor legal del paciente, el directivo de una institución, instancias legales o empresas, por ejemplo, al responsable de elegir al personal para alguna empresa o proyecto institucional, u otro profesional con quien el paciente decida compartir la información.

Bernstein y Nietzel (1982) describen el proceso de la evaluación clínica como una serie de preguntas por resolver, donde la primera es *¿qué es lo que se desea conocer?*, es una pregunta que sirve para realizar la *planeación de los procedimientos para la recopilación de los datos* y quizá es la más importante debido a que define también el objetivo de la evaluación, las respuesta depende del caso, del motivo por el cual el paciente acude a evaluación o acepta ser evaluado, se cual sea el motivo es relevante tenerlo claro para tomar otras decisiones posteriores y plantear otras preguntas relevantes, como qué variables se indagarán, la influencia que podrían tener en la situación del individuo y cómo se pueden conocer, ya sean variables del entorno inmediato del individuo o aquellas que se considera que son intrínsecas a la persona. Es importante enfatizar que tanto las preguntas como las respuestas dependen del marco teórico en el que el clínico se base para realizar su trabajo, por lo que este definirá no solo las variables a evaluar, también los recursos que se utilizarán para hacerlo, además la perspectiva psicológica también sirve como guía para decidir qué nivel o dimensión de la persona es importante evaluar, entre los que se pueden elegir están el nivel somático, físico, demográfico, conductual manifiesto, cognitivo/intelectual y el ambiental, todos ellos pueden proporcionar

información interesante pero no siempre útil en función del marco teórico y del objetivo de la evaluación, por lo que como parte de la planeación es conveniente decidir en qué tipo de información habrá que centrarse y dedicar más recursos como tiempo y dinero, de forma que la evaluación no se convierta en un gasto innecesario para el terapeuta o para el paciente, además, aún habiendo los suficientes recursos para evaluar todos los niveles, la evaluación sería un proceso interminable.

Bernstein y Nietzel (1982) sugieren que las decisiones del clínico están influidas por sus preferencias personales y experiencia de formación, ya que utiliza las herramientas que conoce y tienen congruencia con el enfoque teórico en el cual ha profundizado durante su formación o su práctica profesional. La tarea de planear la evaluación requiere hacer varias elecciones, empezando por los niveles o aspectos que va a evaluar, la extensión de la evaluación, es decir, el número de aspectos a evaluar, y la profundidad o intensidad que dedicará a la medición de cada uno, lo cual conduce a elegir los instrumentos que sean más acorde a dichas elecciones para realizar la evaluación. Algunas herramientas de evaluación ofrecen la posibilidad de explorar varios aspectos de la conducta del individuo, obteniendo así más información con un solo instrumento, sin embargo, esto implica que la fidelidad o calidad de los datos es menor que aquellas que tienen menos amplitud de medición, es decir, que se enfocan en un solo aspecto de la conducta o variable, pero ofrecen mayor fidelidad de la información. Además, al elegir las herramientas también es conveniente tomar en cuenta la validez y confiabilidad de la medición que ofrecen, la primera se refiere al grado con el que la herramienta mide las variables para las que fue diseñada, la

segunda indica la consistencia de los datos a partir de repetidas mediciones de la misma variable y en condiciones similares.

Anteriormente se mencionó que los objetivos de evaluación son diversos debido a la particularidad del individuo y sus motivos para pedir la evaluación, aceptar ser evaluado, o en el caso de los infantes, los motivos que los tutores tienen para solicitar la evaluación del niño, sin embargo, hay tres categorías donde se sitúan la mayoría de las intenciones o demandas de la evaluación, clasificación, descripción y predicción, dichas categorías definen la meta de la evaluación y por tanto enmarcan la planeación del proceso. De acuerdo con Bernstein y Nietzel (1982), la meta de evaluar para llegar a una clasificación de la conducta o personalidad del paciente, comienza desde 1930 cuando los psicólogos clínicos empiezan a participar en ambientes médicos como evaluadores y cuyas actividades estaban dirigidas a diagnosticar a los pacientes con la finalidad de que recibieran un adecuado manejo y tratamiento, hasta 1940 los estudios que intentaban relacionar determinadas respuestas a los instrumentos de evaluación continuaban en auge; actualmente la evaluación con fin único de clasificación suele recibir críticas sobre su reducción a la individualidad de las personas, además se ha cuestionado su funcionalidad en las instituciones para establecer realmente una diferencia en la interacción o en el tratamiento que reciben los pacientes; otra crítica importante es la que plantea Peterson (1968, citado en Bernstein y Nietzel, 1982) quien considera que los psicólogos siguen evaluando con fines de clasificación en ambientes médicos porque “se les preguntará cómo se ven los aspectos psicológicos y temen caer en un silencio desconcertante si no tienen comentarios que hacer” (p. 116), cabe destacar que hay psicólogos clínicos, sobre todo los que trabajan desde

enfoques psicodinámicos, que sí utilizan este tipo de evaluación para fundamentar su elección del tratamiento terapéutico adecuado para sus pacientes, no obstante es esencial tener en cuenta la posibilidad de perder el sentido de realizar dicha función profesional si no se le da el seguimiento correspondiente.

Las críticas a la evaluación con fines de clasificación dieron como resultado la necesidad de cambiar las metas de dicha función, fue el reconocimiento del estigma social que implica la etiqueta diagnóstica lo que llevó a la necesidad de obtener información más amplia de las personas y provocó el auge de la evaluación cuya meta es la descripción, la cual pretende comprender de una forma más completa y elaborada al individuo; para ello se indaga el contexto social, cultural y físico de la persona para lograr describir la interacción entre la persona con su ambiente, los psicólogos que trabajaban con base en modelos fenomenológicos y de aprendizaje social fueron los más interesados y quienes promovieron esta visión de la evaluación, pues permite evaluar tanto a personas “normales” como a las que tenían “problemas psicológicos”, además considera tanto el contexto situacional como los determinantes intrínsecos de la conducta del paciente, por ello la evaluación descriptiva suele utilizarse con la finalidad de obtener una medición anterior al tratamiento para evaluar cambios o guiar la planeación del tratamiento, además los datos son también útiles para la investigación clínica por la amplitud de información que proporcionan sobre las problemáticas que se indagan.

En relación a la predicción, Bernstein y Nietzel (1982) sugieren que la evaluación con meta de predicción de la conducta humana surge de la necesidad

de responder algunas preguntas en el ámbito clínico y en otros donde el psicólogo se inserta laboralmente, como lo probabilidad de que en determinadas situaciones un individuo lleve a cabo o no algunas conductas que podrían tener consecuencias fatales o benéficas a nivel social y personal, en el primer caso, un ejemplo son las conductas de autoagresión, como el suicidio, o agresión a terceros; en ese sentido la evaluación pretende buscar señales o patrones de comportamiento de dichas respuestas mediante pruebas estandarizadas, en otras ocasiones, la evaluación de un individuo se enfoca en desarrollar instrumentos para formular predicciones sobre eventos poco frecuentes, por ejemplo el intento de suicidio. La evaluación predictiva también suele enfocarse en predecir el apego a las normas o la calidad de ejecución de una persona, sobre todo en el ámbito organizacional, por otro lado, en el ámbito clínico suele utilizarse la evaluación predictiva para advertir al paciente la posibilidad de enfrentar de una u otra forma las problemáticas, en ocasiones se le comenta lo que implica una u otra decisión en la situación en la que se encuentre, el objetivo es ayudarlo a darse cuenta del estilo de afrontamiento que suele adoptar y de los cambios que pueda hacer para obtener un resultado diferente, con la finalidad de que sea el paciente quien decida si realizar un cambio o no.

Posterior a definir el motivo y meta de la evaluación, así como los aspectos a evaluar, la segunda parte de la evaluación es la recopilación de datos, en la cual se responde la pregunta de cómo se va a conocer las variables que al psicólogo le interesa evaluar (Bernstein y Nietzel, 1982). De acuerdo con Anzola (2005) la función evaluativa se realiza a través de herramientas como la entrevista, observación directa, pruebas psicológicas, tanto pruebas proyectivas como psicométricas, escucha activa, entre otros, el autor afirma que la elección

de las herramientas para evaluar depende en gran medida del enfoque psicológico, el tipo de atención psicológica (individual o grupal) y las características de la población evaluada (adulto o infante); Bernstein y Nietzel (1982) identifican cuatro fuentes generales de datos: la entrevista, las pruebas, observaciones y documentos históricos.

Bernstein y Nietzel (1982) definen a la entrevista como una conversación en la cual el entrevistado da información en respuesta a las preguntas sistemáticas o informales el entrevistador, se considera la herramienta principal para los psicólogos clínicos, ya que es una fuente de datos poco costosa, hasta cierto punto de fácil aplicación ya que no requiere equipo o material especial, a menos que se registre el audio o video, y el procedimiento es portátil, es decir, se puede llevarse a cabo en casi cualquier lugar, sin embargo, la calidad de los datos que se pueden obtener a través de la entrevista dependen de algunos factores como las características del entrevistador, de su habilidad para acentuar la indagación a los aspectos pertinentes e importantes, las características del clientes y las circunstancias en las que se realiza. Es importante tomar en cuenta que la entrevista no ofrece "la verdad", sino una muestra del comportamiento verbal y conductual del individuo, así como de su propia perspectiva sobre la problemática, lo cual desde algunas perspectivas teóricas es útil y para otras representa una deficiencia de la herramienta.

Existen distintos tipo de entrevistas, tanto el enfoque y el objetivo de evaluación suelen tomarse en cuenta para decidir cuál utilizar, algunos psicólogos prefieren utilizar las entrevistas semiestructuradas o sistemáticas, que se conforman de una serie de preguntas que el psicólogo formula antes de



interactuar con la persona, por ello suelen ser más directivas en relación al discurso del individuo entrevistado, por otro lado, cuando el psicólogo realiza una entrevista no estructurada formula preguntas a partir del discurso del paciente, es decir, selecciona el tema o situación en la cual le interesa que el paciente describa o explique con más detalle, posteriormente con ese énfasis formula y realiza sus preguntas. En la práctica privada de la psicología clínica la entrevista es el primer contacto con el paciente, que en última instancia es un cliente, por lo que el objetivo adicional a escuchar y evaluar la situación en la que se encuentra el paciente es presentar el trabajo del terapeuta, explicar cómo funciona la terapia para que el paciente tenga claro en qué consiste dicho servicio psicológico, así como establecer los acuerdos necesarios para que el proceso terapéutico se realice y se logre el objetivo.

Otra herramienta común de evaluación en el ámbito clínico son las pruebas (o test) psicológicas, Bernstein y Nietzel (1982) indican que en general consisten en exponer al paciente a los estímulos que conforman la prueba, de forma estandarizada, es decir, se presentan en un orden establecido, bajo determinadas circunstancias, se le pide que responda mediante una instrucción estructurada y se registra con precisión los datos de interés, de acuerdo al tipo de respuesta que se requiera para ubicar la conducta del individuo en un parámetro (se suele registrar respuestas verbales, motrices o gráficas mediante anotaciones o grabación de audio/vídeo), para ello es necesario que el proceso de aplicación de la prueba y el registro de respuestas sea igual a la forma en que se diseñó y estandarizó pues la presencia de factores que no estén contemplados en la prueba o la variabilidad del procedimiento puede afectar la validez de los datos y por ende el análisis que se haga de estos.

Otra razón importante para mantener la estandarización es que permite reducir el prejuicio del evaluador respecto al orden, contenido y énfasis de cada aspecto que se indaga, algunos psicólogos suponen que lo anterior implica mayor objetividad en la aplicación, desde otras perspectivas se afirma que no es posible eliminar del todo la influencia de la interacción entre evaluador y evaluado. De cualquier modo, la estandarización de cualquier prueba es necesaria para que los datos obtenidos mantengan su confiabilidad y validez, y de esa forma sea posible traducirlos a índices numéricos que permitan hacer una comparación del comportamiento del evaluado con el de un grupo de personas, desde cientos hasta miles, a quienes también se les aplicó la prueba.

Existe un gran número de tests o pruebas psicológicas, en la planeación de la evaluación el psicólogo selecciona e interpreta la prueba de acuerdo al tipo de información que desea conocer y la meta de evaluación. Por ejemplo, las pruebas que son psicométricas otorgan información sobre desarrollo de habilidades o aptitudes ,o patrones de comportamiento del individuo y permite predecir cómo será su desempeño en comparación con un grupo de personas o con él mismo en otro momento, por otro lado, las pruebas proyectivas permiten obtener datos cuya naturaleza requiere una interpretación basada principalmente en las teorías psicoanalíticas para identificar aspectos de la personalidad y conflictos emocionales del evaluado, existen también escalas psicológicas que miden aspectos cognitivos como las actitudes de las personas ante un evento o situación específica.

Otra de las herramienta más común e importante en el ámbito clínico es la observación directa del paciente en determinadas situaciones de interés

debido a que los datos que se obtienen completan la información otorgada por otro tipo de mediciones, como la entrevista o el autorreporte, Bernstein y Nietzel (1982) afirman que la meta de la observación directa es trascender lo que dice el cliente y descubrir lo que la persona hace, una de sus ventajas es que su medición tiene una alta pertinencia, es decir, relación directa con la conducta de interés, lo cual resulta útil cuando se pretende evaluar el contacto social y situacional en términos concretos, detallados y particulares. También se mencionan algunas desventajas como el peligro de invalidar los datos debido a la influencia del observador sobre la conducta del evaluado, específicamente posibles errores durante la medición o prejuicios sobre la conducta observada, también los factores de la situación no previstos o que están fuera del control del observador pueden alterar la medición.

Es común y hasta cierto punto inevitable que la observación se combine con otros métodos de evaluación, usualmente se realiza durante la interacción que supone la entrevista o la aplicación de alguna prueba psicológica, situación donde la observación directa como ofrece información valiosa de aspectos relacionados con la conducta del paciente, como el lenguaje corporal, desde la postura, movimientos repetitivos, ademanes, etcétera, así como la correspondencia de este último con el discurso del paciente. También es posible combinar la observación directa con el diseño de dinámicas, es decir, una situación o actividad en un ambiente semi-controlado, usualmente la sala terapéutica, para observar cómo una o varias personas se comportan en ésta, lo anterior permite acceder a una muestra de cómo se comporta el paciente en su vida cotidiana en condiciones similares, es decir, ante determinados objetivos, obstáculos o en la relación con determinadas personas; otra forma de emplear

la observación es acudir a un espacio cotidiano para el paciente con la finalidad de evaluar la forma en que se comporta en su vida normal. En cualquiera de los casos, el terapeuta puede tener un papel participativo en la dinámica o puede mantenerse como observador, intentando disminuir al mínimo su influencia en las interacciones del paciente, lo cual puede resultar difícil e imposible de lograr debido a que factores como su presencia, posibles errores y prejuicios que tenga, amenazan la validez de los datos que la observación ofrece, por ello es importante tenerlos en cuenta y evitar negarlos al momento de analizar la información.

Por último, Bernstein y Nietzel (1982) definen los *documentos históricos*, como una serie de testimonios acerca de la existencia y comportamiento de una persona, como son registros académicos, expedientes médicos o de trabajo, fotografías, diarios y productos creativos, estos documentos se pueden utilizar para evaluar diversos aspectos de una persona, especialmente si al psicólogo le interesa obtener información sobre la conducta, los sentimientos o ideas que tuvieron lugar en otro momento de la historia de vida del paciente, así como los detalles de la situación o contexto con los que estén relacionados. El uso de documentos históricos permite recopilar información a costo bajo, se requiere que el cliente proporcione los documentos y no se necesita pedirle que emita alguna otra conducta o responda a estímulos determinados. Por lo anterior puede resultar un recurso valioso, aunque también tiene sus desventajas, entre las cuales está que no suelen ser completos o estructurados y la información puede ser superficial, por ejemplo, un expediente laboral puede contener información sobre conducta y no necesariamente indicar sentimientos y motivaciones, la información que falte se debe obtener por medio de otras

herramientas de evaluación. En la práctica clínica privada hay otros factores a considerar, como la disposición del cliente para compartir con el terapeuta documentos que forman parte su historia personal, aunque sean utilizados para evaluar es conveniente generar una alianza terapéutica fuerte antes de pedirle al paciente dicha información, si esta no se ha establecido probablemente sea arriesgado utilizar ese método en una etapa inicial del proceso terapéutico, también habrá que evaluar si realmente pueden aportar la información que se está buscando o si podrían complementar la información que se obtiene con otras herramientas.

Bernstein y Nietzel (1982) enfatizan que los psicólogos clínicos suelen utilizar la *evaluación múltiple*, que se refiere a emplear diversas fuentes de evaluación, en ocasiones la misma aplicación de algunas herramientas, como la entrevista o pruebas, permite combinarla con otras como la observación. En otros casos no es posible hacer uso de dos o más herramientas al mismo tiempo, sin embargo, el proceso de evaluación se estructura de forma que los resultados de las primeras fuentes de evaluación, como puede ser una entrevista o la aplicación de pruebas psicológicas, se usan como base para realizar hipótesis que se tienen que confirmar o descartar en otro momento del proceso de evaluación, utilizando la información proveniente de la aplicación posterior de otras herramientas, por ello en la práctica clínica es conveniente que el análisis de información sea una tarea constante e inmediata a la aplicación de cualquier herramienta de evaluación.

Entre las ventajas de realizar una evaluación múltiple, Bernstein y Nietzel (1982) sugieren la posibilidad de vincular la información que se obtengan de

fuentes distintas, ya sea para comparar la información de una herramienta y otra con la finalidad de identificar las distorsiones, incongruencias o evasiones en los relatos del paciente, o buscar un referente para distinguir si lo que dice el paciente y los registros de su comportamiento concuerdan, por ejemplo, si no puede llevar a cabo una conducta por falta de habilidad o porque se inhibe debido a factores como ansiedad, una percepción distorsionada de sí mismo o la situación a la que se enfrenta. Por lo anterior es necesario combinar los diferentes métodos de evaluación e integrar la información obtenida, de esa forma se posibilita responder al motivo de consulta de forma más completa y congruente.

El tercer de las cinco etapas del proceso de evaluación, de acuerdo con Bernstein y Nietzel (1982) es el *procesamiento de datos*, la información en su forma bruta no es de utilidad para el clínico, pues lo que le permite entender o incidir en la problemática son los significados que descifra a partir de esa información al transformarla en interpretaciones, hipótesis y conclusiones sobre su objeto de evaluación. La información que se tenga de la evaluación, pruebas, documentos históricos, observaciones, están exentos de significado hasta que alguien los analiza y realiza inferencias sobre ellos, proceso que, como la selección de métodos de evaluación, se realiza con base en un modelo psicológico y a una meta de evaluación, de estos dos aspectos dependerá hasta cierto punto el nivel de inferencia que sea posible realizar, en cómo se va a seleccionar, organizar y sistematizar la información.

Las metas de evaluación se reflejan en el tipo de inferencias que se van a realizar, las cuales pueden 1) *describir* en términos conductuales lo que hace,

dice y cómo reacciona la persona ante determinadas situaciones, la contigüidad entre estos y otros eventos, la situación en la que se presentan, etc., 2) *clasificar* los comportamientos, síntomas o discurso de la persona de acuerdo a categorías que permiten ubicar rasgos de la personalidad o de las dinámicas en la que participa con otros individuos, así como establecer un diagnóstico clínico, y 3) *predecir* los probables efectos o implicaciones de las interacciones en la que el paciente está participando, en su desarrollo psicológico y en el de terceros, sobre todo menores que sean su responsabilidad, incluye la forma en que le ha afectado y cómo le impactará a futuro en caso de no incidir en la situación, además esta predicción se utiliza para determinar si una determinada intervención podría ser benéfica o no para el paciente, en función de la problemática que dice querer solucionar.

Los autores mencionan que el nivel de abstracción con que se realizan las interpretaciones de los datos varían en el ámbito clínico; cuando el psicólogo hace conclusiones con un nivel bajo de inferencia casi no se aleja de los datos originales, de lo que estos significan en términos cuantitativos y de estandarización, como el desempeño de una persona en una tarea o una prueba, por otro lado, las afirmaciones que el clínico realiza con un nivel de abstracción alto implican mayor generalización acerca de lo que significan los datos, lo cual permite suponer a partir de los datos algunas características del paciente, la historia de cómo y por qué terminó en la situación que está sufriendo, estas hipótesis se fundamentan en la experiencia clínica y en el modelo teórico que permite al psicólogo sustentar sus inferencias en un conocimiento construido y estructurado por una comunidad científica.

La orientación teórica, además de sustentar las generalizaciones que el clínico formula a partir de los datos, delimita el tipo de interpretaciones que puede realizar pues dependiendo del punto de vista sobre la naturaleza de la información varía de un enfoque a otro. Bernstein y Nietzel (1982) afirman que hay tres formas de concebir los datos: como *muestras de conducta*, *correlatos* o *signos* de otros aspectos del paciente, estos tres puntos de vista permiten diferentes grados de abstracción en la interpretación de la información obtenida durante la evaluación.

La visión de los datos como muestra de conducta permite identificar lo que es capaz de hacer el paciente en circunstancias similares a la evaluación, no se intenta inferir el motivo de la conducta, las hipótesis se orientan hacia los factores que la posibilitan o predecir en qué circunstancias puede repetirse, por ello se requiere un nivel de inferencia bajo; de acuerdo con Bernstein y Nietzel (1982) el modelo conductual o de aprendizaje social es el que suele emplear la visión de la información como muestra, ya que suponen que la información recopilada incluye 1) las capacidades conductuales del cliente, 2) la características del ambiente físico y social, y 3) las características de las interacciones entre estos dos factores, para procesarla se utilizan procedimientos formales como análisis funcional de la conducta y en ocasiones se llegan a emplear medios informales y juicios subjetivos.

Por otro lado, la información como correlato se refiere a utilizar la información que se tenga del paciente para realizar hipótesis con base en el conocimiento adquirido a partir de algunos casos semejantes, con el objetivo de relacionar los datos que generalmente son cuantitativos con otros aspectos de



la vida de la persona; esta orientación es conocida también como enfoque psicométrico, el cual no está ligado a un modelo teórico particular, pues es empleado para cuantificar desde rasgos de la personalidad hasta preferencias de reforzadores. También el nivel de inferencia varía, de bajo a moderado dependiendo de la combinación de 1) los hechos conocidos, es decir, que tanta información se tiene sobre la conducta del cliente y 2) la experiencia del clínico y el conocimiento que tenga sobre las estadísticas con las cuales relaciona la conducta.

Lo clínicos que optan por la visión de los datos como un signo intentan que sus hipótesis trasciendan la información concreta, la teoría es la que proporciona el significado de estos signos, los datos se leen como representaciones de la conducta, es decir, se interpretan como señales de probables dinámicas, percepciones, ideas, motivaciones o deseos del paciente. Las especulaciones teóricas que se realizan a partir de los signos que proporciona la evaluación implican un nivel alto de inferencia, generalmente realizadas mediante procedimientos informales, en los cuales el juicio clínico y subjetivo del terapeuta tiene un gran peso, por lo cual la experiencia clínica es un factor que afina las abstracciones de la información; los modelos teóricos que suelen emplear esta visión de los datos son los enfoques psicodinámicos y fenomenológicos.

Bernstein y Nietzel (1982) ubican a la *comunicación de los datos* como el momento final de la evaluación, ya que después de procesar la información se requiere organizarlos y presentarlos en un *informe psicológico*; recibe ese nombre debido a que, como se mencionó en el apartado de la historia de la

psicología clínica, hubo un momento en el que los psicólogos se dedicaron exclusivamente a realizar evaluaciones y entregar los resultados a otros profesionistas, el esquema de informe prevalece hasta hoy porque permite redactar los resultados de una forma estructurada, sin embargo, hoy en día el receptor de dicha información varía, en el ámbito clínico suele ser más común entregar informes psicológicos a los padres de los niños y en ocasiones no se comunica a alguien externo a la comunidad de evaluadores y terapeutas, en estos casos el psicólogo lo utiliza para estructurar su trabajo terapéutico o recibir retroalimentación de un colega.

La finalidad de organizar la información es presentar de una forma clara para la persona a la que se dirige y pertinente con el objetivo de evaluación; estos son los requisitos de un reporte psicológico para que resulte útil, tanto en el sentido terapéutico como para la persona que solicita la evaluación. En el ámbito clínico esta demanda se basa en motivos particulares y diferentes en cada caso, generalmente se suele plantear como una expectativa de entender lo que sucede con una determinada persona en situaciones particulares, en otras ocasiones quien solicita la evaluación quiere confirmar lo que cree saber, en cualquier caso, el clínico estructura el reporte para responder al motivo de consulta, eje central de la evaluación.

Bernstein y Nietzel (1982) recomiendan que el clínico exprese con claridad las hipótesis que propone a partir de los resultados de la evaluación, ya que pueden estar sustentadas teóricamente y basadas en datos extensos, pero si la interpretación del clínico se comunica utilizando mucha información técnica, una extensión excesiva o sin una estructura clara de las ideas, la persona a quien

va dirigido el informe puede no comprender el significado de la información que está recibiendo, lo cual puede generar una sensación de desconcierto y una percepción de la evaluación como poco útil e importante.

En el ámbito clínico, cuando el reporte lo reciben los padres de los niños evaluados, la falta de claridad por parte del evaluador complica la comprensión por parte del tutor y disminuye la posibilidad de que se cuestione cómo está participando en la dinámica, tomar una decisión o realizar cambios en su comportamiento tomando en cuenta una perspectiva diferente y más amplia como la que se pretende que sea el informe psicológico. Redactar un informe con claridad lo hace comprensible para quien lo solicita y esto a su vez permite al psicólogo identificar las ocasiones en las que aun obteniendo información clara y precisa el paciente se enfoca en cierta parte de la información, así como si toma en cuenta o no las interpretaciones clínicas para realizar cambios y llegar a su objetivo en una etapa posterior a la evaluación como es la intervención.

Es importante que el clínico tenga en cuenta el objetivo de la evaluación al redactar el informe para realizar la clasificación, descripción o predicción que en un principio propició y guio el proceso de evaluación, de este modo se mantiene la congruencia con otras etapas de esta, además el objetivo funciona como guía para elegir los datos pertinentes e importantes para el informe, así como en qué apartado colocar determinada información, de acuerdo a la estructura con la que se comuniquen los resultados. Por lo anterior, el contenido del reporte varía en función de la meta; en el ámbito clínico, los informes pueden estar estructurados de tal forma que en algunos apartados el fin particular sea describir los aspectos evaluados del paciente (como ambiente familiar, escolar,

personalidad, habilidades, actitud, etcétera.) y en otros rubros el objetivo es ofrecer un pronóstico o predicción de las implicaciones de estos aspectos, es decir, un reporte puede alcanzar más de una meta y en ocasiones el clínico agrega información que considere pertinente como sugerencias o recomendaciones que derivadas de las hipótesis sobre la problemática.

Bernstein y Nietzel (1982) comentan que un reporte es útil cuando aumenta el conocimiento que se tiene de la problemática, tanto para el psicólogo como para quien solicita la evaluación, además de los ya mencionados, hay otros factores que pueden reducir esa utilidad, como colocar información que ya era conocida antes de realizar el proceso de evaluación o que no resulte pertinente con el motivo de consulta. Los errores que influyen para que lo anterior suceda se dan durante el proceso de recopilación, cuando el evaluador invierte recursos en obtener información que no es suficiente o relevante en relación a la problemática, también puede ocurrir que en el procesamiento de datos, cuando se realizan hipótesis sobre generalizadas, es decir, que pueden aplicar a cualquier caso y no ofrecen una perspectiva particular del paciente, por lo que el reporte no es funcional para tomar decisiones, ya sea terapéuticas o por parte de los responsables del paciente, en su vida cotidiana.

En la práctica clínica privada, otro aspecto que se toma en cuenta para decidir la utilidad de la información que se pretende comunicar mediante un informe, es si quien la recibirá tiene el interés y una posibilidad real de hacer algo al respecto; por ejemplo, en un caso en el que una situación como el hacinamiento esté provocando ansiedad a un niño y los padres no tengan ninguna posibilidad de cambiar esa situación en lo inmediato carece de sentido

mencionar ese aspecto de la evaluación, al menos hasta que el psicólogo tenga un indicio de que se puede cambiar dicha situación. Cuando se trabaja con adolescentes, también es conveniente evaluar si el tutor o responsable está interesado en obtener y escuchar información sobre la perspectiva del paciente, en caso de no ser así, la evaluación y el informe que se realice no tendrá un efecto sobre la dinámica familiar, en esos casos el terapeuta puede intervenir sin entregar un reporte psicológico, con el fin buscar el bienestar del paciente y esperar que el tutor esté dispuesto a involucrarse, comunicando las implicaciones de las particularidades del proceso terapéutico a los responsables del paciente.

Por último, el uso de un esquema para la presentación de los datos de evaluación facilita redactar un informe con claridad, pertinencia y utilidad, ya que la información suele organizarse en función de los temas y aspectos que el evaluador considera prioritarios teóricamente y funcionales para explicar la problemática que evaluó, el objetivo del esquema es asegurar que el contenido de cada punto del esquema sea congruente y la extensión o énfasis con la que se redacte corresponda a la importancia que tiene, además de mantener una secuencia lógica y comprensible con los demás apartados del informe (Bernstein y Nietzel, 1982). En la Tabla 2 se presenta un ejemplo de un esquema de reporte psicológico, que se utilizó en la práctica real y privada, para informar los resultados de la evaluación clínica infantil, en la mayoría de los apartados se presenta una breve descripción de la información que contiene, un listado de las fuentes de información que se utilizaron y la meta de evaluación que se pretende cumplir en cada apartado.

**Tabla 2. Elementos del Reporte Psicológico**

Apartado	Contenido	Fuentes de evaluación	Objetivo en la evaluación
Datos personales	Nombre, edad, fecha de nacimiento y fecha de entrega del reporte, este último dato es importante porque indica la validez de la evaluación, la cual es válida hasta seis meses después de finalizar la evaluación.	Historia Clínica	
Motivo de consulta	Es el propósito de la evaluación, la información que manifiestan los padres acerca del menor y que constituye la razón para solicitar la evaluación.	Entrevista Historia Clínica	
Antecedentes	Se coloca la información desde el punto de vista de los padres sobre el desarrollo biológico o conductual del niño, contexto familiar, escolar o social, que tenga relación con el motivo de consulta.	Entrevista Historia Clínica	
Pruebas utilizadas	Listado de pruebas utilizadas durante el proceso de evaluación		
Actitud ante las pruebas	Se menciona las observaciones sobre el comportamiento general del niño durante el proceso de evaluación, se incluye cómo reacciona ante las pruebas y en la interacción con el terapeuta, así como los sucesos importantes que ocurran durante la evaluación y que guarde relación con el motivo de evaluación.	Observación directa	Descripción
Inteligencia y área escolar	Los datos estandarizados sobre inteligencia, nivel de desarrollo de habilidades y capacidades, se colocan en este apartado con el fin de aclarar si hay algún factor cognitivo que facilite o complique al	Pruebas: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños IV	Descripción Clasificación

	niño llevar a cabo determinadas tareas. Si se identifica algún factor de la vida escolar (ej. percepción del niño sobre la autoridad, compañeros, socialización) que se relacione con el motivo de consulta también se coloca en este apartado.	(WISC-IV) Test Test Gestáltico Viso-motor (Bender)  Frasas incompletas para niños	
Personalidad	Las características psicológicas del menor (nivel de tolerancia a la frustración, personalidad, estilos y herramientas de afrontamiento, su reacción ante nuevas interacciones), la percepción que tiene de sí mismo, pensamientos y emociones identificados y confirmados mediante el comportamiento observable del niño durante la evaluación, son datos que suelen integrarse en este apartado.	Observación directa  Juego dirigido  Pruebas:  Test de la Figura Humana  Test de Persona Bajo la Lluvia  Frasas incompletas para niños  Prueba de Apercepción Temática para niños (CAT)	Descripción
Familia	En este apartado se menciona la percepción que el niño tiene del ambiente familiar, de las figuras que lo integran y la forma como se siente y percibe así mismo respecto a su entorno familiar.	Pruebas:  Test de Persona Bajo la Lluvia  HTP  Familia en movimiento  Hábitat  Prueba de	Descripción

		Apercepción Temática para niños (CAT)	
Área sexual	En este apartado se incluye la identificación sexual del niño, se menciona si la carga sexual que presenta es la esperada para su edad o no y, en caso de identificarlas, las inquietudes que tenga sobre el tema.	Historia clínica Juego dirigido Pruebas: -Test de la Figura Humana  -Prueba de Apercepción Temática para niños (CAT).	Descripción
Pronóstico	El psicólogo interpreta cómo la percepción de sí mismo como la de los factores externos a él, se relaciona con la conducta que los padres están reportando. La personalidad del niño, las herramientas con las que cuenta o no para enfrentar los problemas, la percepción que tenga sobre cómo se relacionan las personas significativas para él, lo que pasa en su ambiente y cómo se ve en él, las necesidades que siente que los adultos cubren o no, van a impactar en cómo se siente y actúa, el objetivo de la interpretación es contextualizar la conducta del niño desde su propia percepción.  De acuerdo a la interpretación sobre lo que está pasando, el pronóstico se menciona como favorable, desfavorable o reservado, además de elaborar una predicción sobre el sentir, pensar y comportamiento del niño en caso de no intervenir de alguna forma.	Integración de la información obtenida durante toda la evaluación, seleccionada y descrita en los rubros anteriores del reporte.	Descripción y predicción Se realizan inferencias con un nivel alto de abstracción



Sugerencias	En orden de mayor a menor prioridad, se enlistan las recomendaciones del evaluador respecto a los cambios que sugiera en la situación, rutina o atención del niño, que considere pueden impactar de manera favorable en su actitud y conducta, además de estar al alcance de los adultos responsables del menor. Dentro de las sugerencias se incluye si el menor o alguno de los tutores requiere atención psicológica, en caso de ser así se menciona en qué es necesario enfocar el trabajo, también se llega a enlistar sugerencias del tipo médico y escolar, si el caso lo requiere.	Integración de la información	Predicción
-------------	--	-------------------------------	------------

### 3.1.2. Función de Intervención

La evaluación es un punto de partida para la acción terapéutica, permite conocer al sujeto, como menciona Muniz (2018), la riqueza de las singularidades del evaluado, las cuales desde con un paradigma no normativo, se observan la diferencias y potencialidades a desarrollar que éste tiene, la autora menciona que se evalúa para conocer cuál es el lugar de trabajo, el método y la estrategia terapéutica más adecuada para el sujeto evaluado que durante la intervención pasará a ser paciente, la intervención está unida a la evaluación, como efecto ineludible; lo anterior se puede constatar en la práctica clínica, pues se realizan evaluaciones con el objetivo no solo de responder a una demanda o pregunta sobre el sujeto, también se busca convencer al demandante de que es el evaluado se puede ver beneficiado, si es el caso, de la intervención psicológica, por lo que al evaluar permite qué pensar, en qué se hará con las problemáticas, complicaciones, potencialidades del evaluado, por ello, son procesos ineludibles

y se enriquecen uno al otro, pues un terapeuta con mayor experiencia en intervención podrá identificar más claramente qué problemáticas están asociadas a los comportamientos que trata y podrá identificar mejor al evaluado que los presente y proponer una intervención más completa, no solo con su experiencia como evaluador sino tratando ese tipo de problemáticas.

Todo contacto de las personas con su ambiente social o físico tiene una influencia sobre el comportamiento ya sea para alterarlo o para mantenerlo, incluso factores internos como los recuerdos de la historia personal afecta cotidianamente (Bernstein y Nietzel ,1982). Los autores mencionan que la palabra intervención se refiere a interferir o interceder y la intervención psicológica como concepto metodológico se refiere a los intentos explícitos que el profesional de la psicología se propone ejercer para generar un cambio en un aspecto de la persona, como su conducta o discurso; el psicólogo interfiere entre la persona y un aspecto de ella, una necesidad o un objetivo, como ejemplo se menciona que en el área educativa interfiere entre la persona y su necesidad de información específica.

La forma más tradicional de intervención psicológica en el área clínica es la psicoterapia existen otras formas como la asesoría, el desarrollo de programas, entre otras (Bernstein y Nietzel, 1982) y resulta importante mencionar algunas para diferenciarlas de la psicoterapia antes de ahondar en el tema. Gómez & Peláez (2015) consideran que hay principalmente cuatro formas de intervención clínica: las tres primeras consisten en una breve intervención, en la *asesoría*, el trabajo del psicólogo es ofrecer información a personas con dificultades en dimensiones profesionales, laborales, educativas y personales, la

*consultoría* consiste en abordar un foco problemático para afianzar el repertorio de conductas o fortalezas de un individuo, también se realiza la *intervención en crisis* que es la contención de la angustia o ansiedad producida por un evento o situación específica, y finalmente la psicoterapia, en la cual el clínico se interesa por explicar e intervenir en los problemas psicológicos que afectan en varias dimensiones a una persona, ya sea desde una perspectiva psicopatológica o desde una postura en la que el individuo es quien define o significa su problemática. En el presente trabajo es de interés profundizar en la descripción de esta última modalidad de intervención, esta práctica psicológica se lleva a cabo generalmente en hospitales, centros de salud y en su mayoría en consultorios privados.

En Psicología Integral, institución donde se realiza la práctica psicológica que da pie al presente trabajo, la función principal del psicólogo clínico es la psicoterapia y para realizarla requiere realizar otras funciones, como la evaluación, la investigación para fundamentar y guiar su práctica profesional en un marco teórico, también requiere ser parte del proceso enseñanza-aprendizaje que implica la docencia durante la supervisión de su trabajo y en su momento, conforme adquiere experiencia clínica y capacidad de análisis, compartir su punto de vista sobre el trabajo de sus colegas, además si está en un posición jerárquica como dueño o socio del consultorio, necesita realizar otras funciones del tipo administrativas para identificar si su actividad principal es rentable o no.

Además, la función de psicoterapia requiere un análisis constante de los casos, que consiste en la evaluación del proceso terapéutico en diferentes etapas, en este análisis se toma en cuenta tanto la subjetividad del paciente

como la del terapeuta y la relación entre ellos, interesa cómo el paciente va tomando decisiones durante y respecto a su proceso, cómo el caso afecta al terapeuta y a su vez la subjetividad del psicólogo afecta su trabajo con el paciente, por ello se necesita realizar una constante introspección y exposición mediante la supervisión para construir una imagen completa del proceso. Se profundizará en las complicaciones de esta función más adelante, al hablar de las implicaciones de la práctica de la psicología clínica en el ámbito privado, en este apartado el énfasis es cómo ha sido definida la terapia teóricamente, el papel del terapeuta y las técnicas de intervención usualmente aplicadas, sin que esto sugiera un manual o modo único de dar terapia, es un bosquejo general de la función del psicólogo como terapeuta.

La etimología griega de palabra psicoterapia significa tratamiento de la mente, lo cual implica la existencia de una psique o persona en estado de sufrimiento o insatisfacción, que requiere la intervención de un profesional, al respecto Feixas (citado en Anzola, 2005) afirma que la intervención en modalidad de psicoterapia, consiste en promover modificaciones de las manifestaciones del sufrimiento humano, empleando técnicas y procedimientos teóricamente fundamentados; para Bernstein y Nietzel (1982), la psicoterapia como forma de intervención implica que el terapeuta ocurre o interfiere entre la persona y sus problemas personales, esta definición es la base para la descripción que proponen de los componentes de la terapia: los participantes, la relación terapéutica y las técnicas de intervención.

El elemento principal de la terapia es que existe un individuo que sufre, está pasando por una situación que le molesta, sus pensamientos y sentimientos

se ven afectados por aquello que lo perturba, el grado en el que dicho sufrimiento puede afectar su vida cotidiana varía, puede suceder que lo incapacite para llevar a cabo una rutina o que a pesar del sufrimiento realice sus actividades diarias, sea cual sea el caso un aspecto de la persona está perturbado. Además, los recursos con los que cuenta (como sus habilidades o el apoyo de sus relaciones sociales), lo que ha intentado para solucionarlo (atención médica o psiquiátrica, sus herramientas espirituales u opciones pseudo-terapéuticas a las que haya acudido), no han sido suficientes para poder hacer algo distinto con su sufrimiento, ya no logra distraerse con lo que ha usado como antídoto para el dolor que experimenta (por ejemplo, conectarse en redes sociales, vacaciones, actividades nuevas, intentar ocupar todo su tiempo, o por el contrario, mantenerse inmóvil esperando que el sufrimiento pase), cuando nada de lo anterior funciona para lo que quiere lograr decide buscar la ayuda de un terapeuta, Bernstein y Nietzel (1982) puntualizan que “cuando se llega al punto en el que se define que el problema requiere de la intervención de un profesional se tiene al primer participante de la psicoterapia: el cliente” (p. 309). Uno de los fundamentos principales de la terapia es que quien decide en qué momento y por qué motivo buscar ayuda es el paciente, el terapeuta no ofrece ayuda a quien piensa que lo necesita, pues se trabaja con aquello que el paciente conceptualiza como el problema y con base en el objetivo que quiera alcanzar con ayuda de la terapia.

El terapeuta es el segundo participante de la terapia, aunque esencial, constituye sólo una herramienta para que el cliente supere la molestia que ha motivado a buscar ayuda. Nos vendieron la idea de que lo que el terapeuta hace o deja de hacer permite que la terapia funcione o no, por ello algunas veces es

fácil caer en la suposición de que un paciente cambió o no algo en su vida como consecuencia del trabajo terapéutico. Algo que se aprende en clínica y lo cual conviene recordar constantemente es que el paciente busca ayuda antes de interactuar con el terapeuta, y además cambia o se queda en la misma situación, independientemente del terapeuta y la forma en que este decida intervenir. Esto puede sonar desalentador en ocasiones, pero es parte de ser una herramienta, el terapeuta funciona como una guía y no como el participante que realiza los cambios, ese es el trabajo del paciente. Lo anterior no quiere decir que no importa lo que haga el terapeuta o que no tendrá un efecto en el proceso y relación terapéutica, pero sí implica que para que la terapia funcione se necesita que el mayor compromiso y la mayor energía sea del paciente, pues en él está la posibilidad de movimiento.

Respecto a cuál es el papel del psicólogo como terapeuta, algunos autores mencionan que éste está definido por el enfoque teórico que fundamente su práctica clínica y por las particularidades del caso, al igual que las herramientas que utilice para llegar al objetivo de la terapia (Gómez & Peláez, 2015). En pocas palabras el terapeuta es facilitador para que el paciente logre su objetivo, para ayudarlo necesita un entrenamiento y experiencia especializada, además es conveniente que posea ciertas habilidades que le permitan comprender la molestia del paciente y ayudarlo a manejar sus problemas de una forma más funcional (Bernstein y Nietzel, 1982). Entre la habilidades que autores como Bernstein y Nietzel (1982) consideran esenciales para que el terapeuta pueda realizar su trabajo de manera eficiente, quizá la más relevante es *escuchar* al paciente, lo cual cuando no se tiene experiencia o se acaba e empezar en la práctica clínica parece sencillo pero es bastante

complicado desarrollar o potencializar dicha habilidad, ya que implica enfocar la atención en el discurso y lenguaje corporal del paciente, así como su significado, es decir, lo que el paciente quiere decir o quiere ocultar y de qué parte de su historia o aspecto de él está hablando.

De acuerdo con Bernstein y Nietzel, (1982), *comunicar* una sensación de comprensión y sensibilidad hacia el paciente también es una habilidad que hay que desarrollar, es de suponer que lo anterior se refiere a que el terapeuta haga sentir al paciente que lo está escuchando, para que el paciente confíe en él, de manera que sin enjuiciarlo pueda indagar qué le pasa y ayudarlo a ordenar sus pensamientos e ideas acerca de lo que está viviendo. Los autores mencionan otra habilidad importante, la de combinar una actitud de apoyo hacia el paciente con la capacidad de confrontarlo con su responsabilidad, tanto de la forma en que contribuye a la situación de la que se queja como de lograr un cambio utilizando los recursos con los que cuenta, entre ellos la terapia; si el paciente no toma la responsabilidad que le corresponde acerca de mantenerse en determinada situación no le será posible ver la forma de moverse, ya sea una relación, situación o incluso de una sensación, para lo anterior el terapeuta debe tener claro que aunque el paciente llega con un sufrimiento su papel es ayudarlo a responsabilizarse de su vida, si el terapeuta no es capaz de confrontarlo puede reforzar una visión de víctima del paciente y no le será posible regresarle una perspectiva diferente a la que construye sobre sus problemas. También parte del trabajo del terapeuta es comunicarle al paciente que el espacio terapéutico es un lugar seguro y confiable, tanto al principio del proceso como durante el mismo, en ocasiones no de forma tan directa o no con esas palabras, pero sí mediante la escucha y las intervenciones que haga.

Desde el modelo humanista de Carl Rogers se afirma que es conveniente que el terapeuta proyecte algunas características, tales como autenticidad, empatía y respeto incondicional, no sólo para ganar la confianza del paciente, también para provocar el cambio terapéutico; al hablar de cómo es “un buen terapeuta” en algunos enfoques, como las corrientes humanistas, se suelen enfatizar más estas “características personales” mientras que desde otros enfoques, como el psicodinámico, se acentúa más el entrenamiento profesional extenso y no se plantean características generales, aunque las características que el terapeuta proyecta se analiza como parte de la relación terapéutica. (Bernstein y Nietzel, 1982). Por otro lado, acerca de las características de un “buen” paciente, se sugiere que la persona que más obtiene beneficios de la terapia es la que aprecia la importancia de los factores psicológicos en el comportamiento y las relaciones sociales; sin embargo, los mismos autores afirman que rara vez la psicoterapia implica al paciente o terapeutas ideales.

Respecto a la relación terapéutica, que es una interacción voluntaria e iniciada por el paciente y aceptada por el terapeuta, en la cual lo primordial es que tanto ambos participantes tengan claro el motivo por el cual están en ella, así como las reglas y metas de su interacción (Bernstein y Nietzel, 1982). Es conveniente que el terapeuta explique al paciente su forma de trabajo, si lo cree necesario incluso puede especificar cómo se suele abordar la problemática que el paciente comenta desde el enfoque que sostiene su práctica profesional; además de mencionar para qué sirve en general la terapia y para qué no, también es necesario mencionar aquello que el terapeuta no puede ofrecer y por lo tanto el paciente no va a obtener, por ejemplo, hay pacientes que acuden con la idea



de que el terapeuta les dirá qué hacer, qué les conviene o que no, por lo que hay que aclarar que ese no es el papel del terapeuta.

Para promover la claridad del motivo por el que se inicia la relación terapéutica, es importante que el terapeuta tenga conocimiento de las problemáticas que pueden abordarse desde el marco teórico con el que trabaja, cómo son los procedimientos y cuáles son las limitantes, pues es un error común al iniciar en la práctica clínica que el terapeuta acepte motivos de consulta que no pueden ser alcanzados mediante la terapia. Por ejemplo, en ocasiones los pacientes mencionan que quieren “controlar” sus emociones o “desaparecer” una sensación, la mayoría de los enfoques coinciden en que las emociones no se controlan, se canalizan o se mueven hacia la dirección que sea más funcional para el paciente, la forma en que se trabajen difiere de uno a otro, sin embargo, el terapeuta cometería un error si, por ejemplo, desde un enfoque narrativo o psicodinámico intenta atender una demanda de ese tipo, por otro lado sería conveniente que explique al paciente cómo se aborda el tema desde su punto de vista terapéutico y qué puede ofrecerle para atender la problemática.

Además, de buscar claridad en el motivo de consulta, también es importante hacerlo con las reglas y responsabilidades tanto del terapeuta como del paciente; parte de las responsabilidades del terapeuta es brindar un ambiente de confianza, para que pueda transmitir esa sensación, es esencial que él mismo confíe en que la psicoterapia será efectiva y le comunique al paciente que si se compromete con su proceso será posible lograr el objetivo que lo motivó a buscar terapia. Por otro lado, al paciente debe quedarle claro que ir a terapia no lo llevará

automáticamente a lograr sus objetivos, pero si le puede facilitar ver lo que se le esté complicando para llegar a sus metas y los recursos que tiene para lograrlo.

En ocasiones las responsabilidades del terapeuta y del paciente se plantean de una manera informal, intercambiando información sobre lo que se espera que se logre en terapia, las reglas que la estructura y lo que se necesita para que funcione, pero también se puede firmar un “contrato” o acuerdo formal sobre las obligaciones y derechos de cada participante (Bernstein y Nietzel, 1982), en la práctica clínica usualmente se utilizan consentimientos informados para plantear de manera concreta lo que el paciente recibe y a lo que se compromete, sirve para ayudarlo a ser un agente activo y cooperador en su propio proceso, por otro lado, para el terapeuta es un recurso que puede utilizar para evaluar el cumplimiento de los acuerdos, así como la relación entre el nivel de compromiso que el paciente muestra con los resultados que obtiene en el proceso; en su momento si el paciente considera que no se está resolviendo el motivo que lo llevó a terapia se le invita a hacer ese análisis o el terapeuta puede utilizarlo para confrontar al paciente con la finalidad de que revise su propio comportamiento en relación a su proceso y la responsabilidad que tiene para asumirse como agente de cambio en su vida.

En cuanto a las responsabilidades del terapeuta, Bernstein y Nietzel (1982) enfatizan el asumir los compromisos éticos, esencialmente mantener la confidencialidad de la información que el paciente proporcione, es decir, al tratarse de la vida privada del paciente se debe evitar descubrir y proteger cualquier dato que se obtenga durante el proceso. Además de la confidencialidad los autores mencionan que los terapeutas tienen el deber ético de priorizar el

bienestar de sus pacientes, por ello al ofrecer sus servicios, estructurar su trabajo e intervenir es conveniente cuestionarse “¿qué es lo mejor para mi paciente”?

De acuerdo con Bernstein y Nietzel (1982), la relación terapéutica tiene como objetivo un cambio beneficioso para el paciente, sin embargo, vale la pena agregar que en el ámbito clínico los parámetros de lo que es benéfico, deseable o positivo, los pone el propio paciente, pues es quien recibirá los beneficios y asumirá los costos que los cambios impliquen en su vida. En ese sentido, el terapeuta puede guiarlo en estructurar los cambios que desea, explicarle a qué dinámicas o situaciones lo podrían llevar, hacia cuáles no y ayudarle a desglosar los costos que dichos cambios implicarán, pero finalmente la decisión de cambiar o no su comportamiento o participación determinadas relaciones sociales será del paciente.

Otro aspecto que debe quedar claro a ambos participantes es que entre el terapeuta y el paciente no existe una relación personal, el terapeuta en muchas ocasiones puede mostrarse comprensivo y amable, pero, como se dijo anteriormente, también debe ser capaz de confrontar al paciente con su propia responsabilidad de cambio. Bernstein y Nietzel (1982) enfatizan que la relación terapéutica implica más que compasión por ello, también requiere que el terapeuta sea “un asesor frío y objetivo de la conducta, en ocasiones, un detective activo que localiza las resistencias del paciente y hace lo posible por irrumpir en ellas” (p. 311).

Respecto a la manera en que la relación terapéutica puede influir en el terapeuta, Bernstein y Nietzel (1982) mencionan que en ocasiones es tentador abandonar una orientación profesional, especialmente cuando las reacciones

“naturales” como la atracción sexual, lástima, frustración u otras sensaciones, pueden interferir en el proceso si el terapeuta no las identifica ni las trabaja fuera del proceso terapéutico del paciente. Por lo anterior, es importante que el terapeuta se mantenga alerta de sus necesidades.

### **Enfoque clínico: Fundamentos de la terapia narrativa**

Dada la variedad de enfoques psicológicos que se emplean dentro de la práctica clínica es importante elegir uno que enmarque, defina y delimite la intervención del terapeuta. Algunos enfoques comparten características, sobre todo cuando están basados en los mismos paradigmas o visiones del mundo y las formas que consideran viables para obtener el conocimiento, y al mismo tiempo se diferencian o particularizan, la concepción que se tenga de la postura del terapeuta y las herramientas que se usan para intervenir en los problemas del paciente. La práctica clínica reportada en el presente trabajo se realizó con base en el enfoque de terapia narrativa, el cual surge tanto del paradigma de posmodernismo como del enfoque de construccionismo social.

En el primer paradigma, Payne (2002) sugiere que hay esencialmente dos formas de conocer el mundo, el científico y la narrativa, segregación que también puede ubicarse como visiones moderna y posmoderna del mundo. Desde la visión moderna, se asume que los eventos tiene que ser descritos por un observador externo a la realidad que estudia, este observador es un “experto” que con base en las teorías que se han estructurado con anterioridad analiza el evento y saca conclusiones del problema o tema en cuestión, La finalidad de los científicos modernos es llegar estructurar *verdades*, enunciados que describen los fenómenos, su funcionalidad y la forma de modificarlos, las cuales no varían

en demasía en función del tiempo o contexto donde se encuentre el investigador ni donde se estudien los fenómenos de interés; desde esta postura no se concibe otra forma de llegar al conocimiento más que mediante las teorías que conforman el conocimiento de los expertos y la comprobación de las mismas. Por ello, se busca construir conocimiento cada vez más preciso en cuanto a la comprobación de las premisas del científico, y a la vez más aplicable en cualquier contexto cultural, social y económico. La teoría moderna se ha aplicado también a la psicología, por lo que se ha establecido un paralelismo entre los fenómenos biológicos, físicos, etcétera., y la vida humana, así como lo que compone la complejidad de ésta.

El posmodernismo por su parte concibe a la ciencia y sus metodologías como una forma de construir conocimiento pero no asume que sea el único, por ende, el conocimiento científico no es el *verdadero*, entendido como correcto o acertado; esta postura no demerita la ciencia, pero acota que ésta, al igual que otras formas de entender el mundo, es estructurada y enmarcada socialmente, por lo que el conocimiento es relativo y provisional, ya que va cambiando cuando el contexto, las herramientas que se tienen para obtenerlo y la visión cultural del tema varían. Las posturas posmodernas, sobre todo aquellas relacionadas con la vida humana, como la psicología, cuestionan el pasado, las normas y los valores predominantes de la época donde estudian e intervienen los científicos; la apuesta del posmodernismo es que entre más en cuenta se tengan estos factores, mayores van a ser las perspectivas que se pueden encontrar, no se busca invalidar unas y aprobar otras, sino ampliarlas. Además, la finalidad de los teóricos posmodernos es superar las oposiciones binarias o dicotómicas, pues se prioriza describir los matices y diferencias de las personas, los cuales

permiten encontrar una solución a los conflictos que tienen o mirar la situación de otra manera.

La postura posmoderna asume que el conocimiento puede provenir de diversas fuentes, considera que las formas de entendimiento no sistematizadas en teorías científicas son tan válidas como cualquier otro; desde esta perspectiva se denomina como *conocimiento local*, son todos aquellos significados que se van construyendo en las comunidades o mediante la experiencia personal de la gente; a diferencia del conocimiento científico, que es objetivo, el conocimiento local es significativo, y se considera que para construir una visión de la realidad más completa se necesita tanto uno como el otro. El conocimiento local no es venerado por la visión posmodernista, en el sentido de que se considere el único o mejor que otro, pero sí se suele buscar priorizar su indagación, pues permite buscar el significado que los eventos tienen para las personas, y no partir a priori, del conocimiento del experto. De esta forma, se obtiene mayor profundidad de información sobre la vida humana, como son la experiencia de las personas, sus conductas, razonamiento y estilo de vida, así como las complicaciones que se presentan en su contexto cultural y social particular. Todos estos y más aspectos del conocimiento local se sistematizan formando narrativas, a través de éstas, las personas forman su identidad cultural y personal.

En relación al construccionismo social, Payne (2002) puntualiza que se puede definir como una teoría posmodernista en el sentido de que niega la posibilidad de saber algo de las personas utilizando como único o principal medio las teorías; ésta también se considera una rama de la psicología social, ya que se enfoca en las interrelaciones recíprocas que existen entre personas y

estructuras sociales, se considera que de la misma forma en que los marcos sociales afectan al individuo, estos son afectados por la participación de los miembros que conforman la sociedad. En esta perspectiva, se sugiere que el conocimiento y la visión del mundo de una persona, es en parte construida en conjunto con los miembros de la comunidad a la que pertenece; a través del lenguaje, se asignan y transmiten significados, se forman consensos sociales que definen los conceptos que estructuran las relaciones humanas, lo que se considera funcional, adecuado y deseable en una sociedad, lo que se considera que está al margen de sus normas y la percepción social de las circunstancias que comparte una comunidad. A su vez, esta visión del mundo influye en la forma en que las personas se ven a sí mismas, sus acciones, posibilidades y limitaciones propias, así como de lo que se considera una problemática y el origen de ésta.

Brunner (citado en Siciliani, 2014) refiere que la cultura no es solo una estructura institucional sino que en gran medida también es un modo de interpretar el mundo en conjunto con otros; al respecto, el autor recupera un dato de la arqueología, la cual sugiere que la característica que diferenció a los humanos de los primates es “la capacidad de leer las recíprocas intenciones y los estados mentales ajenos” (Brunner citado en Siciliani, 2014, p. 33), esta capacidad, desde la psicología social, se denomina intersubjetividad. Al igual que Payne, Brunner considera lo local como característica del conocimiento que predomina en una cultura y surge de dicha intersubjetividad, por lo que la cultura no se considera algo global y generalizado, por el contrario, se concibe como una forma singular de darle sentido a una realidad concreta.

El construccionismo social sostiene que no solo estamos inmersos en los procesos sociales y las ideas filosóficas, políticas, religiosas e incluso científicas, si no que formamos estas visiones a partir de nuestras interacciones con los otros. Si bien los autores construccionistas no niegan la individualidad, al contrario, intentan ubicar y contextualizar la singularidad de cada individuo, si proponen que las ideologías que suelen predominar son parte de las estructuras de poder que la sociedad tiene y que estas funcionan en la cotidianidad de las relaciones jerarquías o en aquellas donde se considera que solo uno o algunos individuos son expertos en la materia que se trata. Lo anterior forma parte de aquello que aprendemos y no se suele cuestionar, pues nos apropiamos de formas de relacionarnos con los demás y de actuar. Respecto a lo inmersos que estamos en la cultura y cómo ésta nos moldea, Bruner (citado en Siciliani, 2014) hace referencia a que “el pez es el último en descubrir el agua”, pues también nos apropiamos de las expectativas acerca de lo que deberíamos hacer o cómo deberíamos actuar ante determinadas situaciones, y a veces, no lo hacemos de manera consciente.

De la misma forma como el lenguaje traza el sentido que le damos a la experiencia, el vocabulario que usamos para comunicarnos tiene la huella de las relaciones de poder, pues las palabras que usamos colocan a una parte de los participantes como personas diestras y a otra parte como inferiores o subordinados (Payne, 2002). El trabajo que Foucault realizó sobre las estructuras del poder, es un referente dentro del construccionismo social, pues examina a detalle la historia de la relación entre las ideas, el poder y las instituciones sociales en occidente. De este análisis, Payne (2002) recupera que la posición de la persona/institución poderosa implica estar al mando, la



posibilidad de dominar y establecer las normas que las personas siguen para conducirse en su vida personal y social; las técnicas de dominación que usan para dominar al otro van desde la defensa del conocimiento del experto, aparentar una benevolencia aparente, implementar la vigilancia y persuadir a la gente a interiorizar que son inferiores.

Las normas o estándares sociales que establecen las estructuras de poder impactan tanto en cómo las personas viven las relaciones sociales como en su identidad, al respecto Payne (2002) advierte que cada cultura tiene una propaganda de identidad, una serie de categorías que se consideran adecuadas y se instauran como un ideal a alcanzar, de esta forma las instituciones tratan de moldear al individuo, promueven que las personas los interioricen los estereotipos y aspiren a encajar en este. Lo anterior permite que puedan mantener un cierto control sobre ellas, no solo sus aspiraciones, también las acciones que llevan a cabo para llegar a ellas, pues muchos de estos comportamientos están directamente relacionados con el consumo de productos que no necesariamente tienen que ver con una necesidad concreta del individuo, sino con las necesidades creadas socialmente a partir de las estructuras de poder, los estándares de identidad y los intentos de llegar a cubrirlos. Además, este control implica la experimentación de sensaciones que se presentan cuando dichos ideales no son alcanzados, desde los estándares de belleza, éxito, reconocimiento, relaciones de pareja o el estilo de vida que se considera adecuados, etcétera.

Las implicaciones hacia lo individual y que interesan a la psicología constructivista es que también muchos de los problemas de una persona pueden

ser contruidos mediante las prácticas de poder, al respecto Payne (2002) comenta que la vigilancia que ejercen los poderosos se introyecta de una manera que las personas aplican en su vida una auto vigilancia, es decir, ya no necesitan que el otro lo hagan, se vigilan y controlan a sí mismos y experimentan la sensación de no poder cumplir las expectativas en sus relaciones personales; el autor refiere que así es como se termina creando una identidad subordinada. La práctica clínica permite dar cuenta de la interrelación entre la cultura y la participación de cada individuo con respecto a las relaciones de poder, pues éstas no solo se dan en lo macro, entre instituciones y personas, la relación entre poderosos y sometidos o subordinados, también se presentan en lo micro, en ocasiones se construye en las relaciones de familia, principalmente con los padres, y posteriormente, si las personas se mantienen en una posición de subordinado y no logran despegarse del control de un otro, pueden replicar dicha postura en sus relaciones de pareja, de amistad, etcétera, lo que ocasiona que vivan intentando cumplir las expectativas de los demás en lugar de buscar y dirigirse hacia lo que desean.

Respecto a la identidad, desde el construccionismo social se considera que la aparente continuidad del actuar de una persona se debe a la habitual repetición de las interacciones sociales en las que está involucrada, dado que estas interacciones están contextualizadas en una cultura local y cambiante, la identidad de cada individuo se modifica en función a las participaciones que tiene en las relaciones con los otros y las circunstancias que viven. La noción del *sí mismo* implica tener una idea del punto de vista propio, así como de la posición espacial desde la que se actúa y se percibe el mundo.

En referencia al estudio de la identidad y su construcción social, Shotter (1985 citado en Payne, 2002) considera que para el estudio de este tema se necesita el relato de un conjunto de circunstancias que permita identificar diferentes aspectos de una persona, relacionarlos y “verlos contra una especie de trasfondo [...] pues la vida social de una persona es un grupo de actividades entrelazadas” (p. 53) que se definen recíprocamente; el autor advierte que las narraciones autobiográficas sólo se pueden entender desde el sistema de interpretación cultural propio de la persona, no desde el sistema al que pertenece el especialista que observa o investiga. Desde esta visión las narraciones no solo son el medio para conocer la identidad del individuo, son también la forma de construirla, pues mediante los relatos reafirmamos quiénes somos y las posibilidades de quienes podemos ser.

La narración o relato ha sido colocada como la piedra angular de algunas perspectivas, específicamente en la psicología y dentro del ámbito clínico, debido a que tiene diferentes funciones, pues además de ser el medio para acceder a los conocimientos locales, de una comunidad o de un individuo, es una actividad que estructura el modo de pensar de las personas y se considera el vehículo principal en el proceso de construcción social (Bruner, citado en Siciliani, 2014). De acuerdo con Bruner (citado en Siciliani, 2014), el relato es un proceso asociado a la cognición y la construcción del conocimiento, dado que se usa para contar una historia de modo que nos sirve para organizar nuestra conciencia y nuestra experiencia.

Desde el enfoque narrativo, el relato del paciente que llega a consulta se considera parcial, es decir, en éste no existen elementos que se puedan

considerar neutrales, aun cuando las personas describen ampliamente lo que han percibido con sus sentidos en un evento específico o cuentan una historia donde dejan expuestas sus sensaciones y pensamientos, su visión es inherente a su discurso. La forma cómo narran lo que les pasó, pasa o preocupa sobre el futuro no puede abandonar sus creencias, aprendizajes o convicciones acerca de cómo funciona el mundo en el que viven. La visión del mundo a la que se hace referencia, quizá queda más clara con un ejemplo que se le suele dar a los pacientes para explicar que la visión de cada persona se construye desde un lugar específico, no solamente físico sino también cultural, psicológico, social, etc.; si tomamos un cuarto o habitación como analogía de la vida, la persona que llega a consulta narra lo que puede ver desde una esquina del cuarto, de la cual probablemente no se ha movido hace tiempo, en otra ocasión, alguien más cuenta la visión que tiene desde el centro u otra esquina de la habitación, por ende distinta a la anterior. Cada paciente le permite al terapeuta conocer su vida, el cuarto que comparte con los que están en ésta, quienes nunca tienen una visión idéntica a la suya porque están en lugares distintos de la habitación.

El papel del terapeuta no es enjuiciar al paciente o deliberar si nos miente o se miente a sí mismo, sino escuchar lo que está diciendo sin perder de vista que es un discurso matizado, parcial y delimitado por su particular forma de percibir, reaccionar y relacionarse con su mundo, la cual aprendió de su entorno. Sin embargo, asumir que todo relato esconde una concepción del mundo, implica que parte del trabajo del terapeuta del enfoque narrativo, es cuestionar que se está dando por hecho, asumiendo u obviando en el discurso del paciente, identificar las ideas que al estar tan arraigadas ya no se cuestionan. Además, hay que cuestionarse también porqué el paciente cuenta su historia y la

estructura de una determinada manera, en ese sentido, Brunner (citado en Siciliani, 2014) enfatiza que todo relato tiene un objetivo, el narrador pretende algo al contar algo a un oyente en una determinada circunstancia, no se trata solo de comunicar algo por comunicarlo, el narrador asume una postura y ofrece al oyente un mundo de posibilidades de la realidad, más específicamente de su realidad, las cuales puede aceptar o rechazar.

Brunner (citado en Siciliani, 2014) sugiere que el relato permite un mundo de posibilidades, ya que mediante éste se unen los recuerdos que se tiene del mundo concreto con lo abstracto, es decir, la memoria y la fantasía se enlazan para dar significado a nuestra experiencia pero también para imaginar qué es lo que sucedería o podría pasar en nuestra vida pasan o hacemos algunas cosas diferentes, por eso es que contar historias sobre nosotros mismos permite mantenerse movilizados y motivados hacia esas posibilidades. En la práctica clínica es posible ver cómo esto se complica cuando se deja de dar valor a la propia historia y/o hay un anclaje importante hacia el pasado que no permite ver posibilidades hacia delante y por ende, deja a la persona inmóvil ante la vida.

El autor también menciona que la actividad de relatar es intersubjetiva, lo que permite que se tenga la posibilidad de encontrar diversos relatos con los cuales identificarnos. Este supuesto es crucial en el enfoque narrativo, pues, así como se construye una visión del mundo de forma conjunta, también construimos nuestra identidad en conjunto con los demás. Por ello, como terapeuta se debe asumir que partes de la historia del paciente no es construida sólo por él, no son producto únicamente de procesos cognitivos y formación de conceptos de sí mismo o el mundo, también son producto de la participación social que ha tenido

en sus relaciones, a veces implican posiciones de poder y opresión, por lo que las posibilidades que entran en el relato son limitadas o permiten poco movimiento para mantener el orden y la estructura establecida en la vida de las personas, a pesar de que éstas sufran o estén inconformes con ello.

Indagar las verdades que mantienen el relato que da sentido a los personajes que los pacientes actúan en la realidad, es parte del trabajo del terapeuta. El terapeuta no es solo un oyente, es un espejo, por lo que tiene que tener cuidado con sus intervenciones, evitar ser él quien rechaza o acepta las posibilidades que el narrador ofrece y debe desarrollar la habilidad de reflejar ese discurso y guiar al paciente hacia el cuestionamiento de la visión que tiene, los significados que le da a su vida, a sus problemas, su historia y las complicaciones de ésta, para que identifique si concuerdan con el papel que desea y necesita desempeñar en su vida, o si, por el contrario, sus narraciones y la de otros sobre él mismo, la identidad que se ha construido a través de éstas, le están complicando enfrentar la situación por la que asistió a consulta. Por lo anterior, de acuerdo con Payne (2002), lo que busca el terapeuta narrativo, es hacer “una terapia que ayude a las personas a oponerse a los efectos de las relaciones de poder visibles o encubiertas” que las oprimen.

### **Práctica de la terapia narrativa**

En concordancia con su marco referencial, la terapia narrativa prioriza construir conocimiento particular, local, por ello, los estudios de caso son más útiles para la investigación y el aprendizaje en la práctica clínica. Desde este enfoque, el énfasis no está en la categorización de las “problemáticas” de las personas, tampoco descripciones detalladas de los pasos a seguir para intervenir en cada

tipo de “queja” del paciente, al respecto, McLeod (1997, citado en Payne, 2002) afirma que “no existe un arquetipo de terapia narrativa, una sola forma de hacerla” (p. 17), más bien, la importancia se coloca en apegarse a los principios de la terapia narrativa, mantener una postura terapéutica acorde a éstos y buscar guiar al paciente a sus objetivos trabajando con los recursos que él tiene a su alcance.

El lenguaje que usaba White, pionero en terapia narrativa, para dirigirse a quien acude a consulta y al papel que desempeña el terapeuta es especialmente meticuloso, pues consideraba que había que hablar de personas y no de casos, y que la función del terapeuta era *asistir*, no “ayudar”. Esto tuvo por objetivo evitar dos posiciones que son incompatibles con la terapia narrativa: el primero es objetivizar a las personas y el segundo es considerar al terapeuta como una figura de poder y experticia.

En relación al primer punto, se puede afirmar que en la práctica clínica, encontrar generalidades sobre la génesis social y cultural de las problemáticas por las cuales las personas sufren pasará tarde o temprano, sin embargo, esto no significa que tenemos en nuestro conocimiento la forma de guiar a todos los pacientes hacia sus objetivos terapéuticos, pues su historia, recursos, significados, etc.étera, son diferentes a las de otras personas, por lo que lo importante es priorizar la escucha de su historia y la particularidad de ésta, y no preocuparse por acumular conocimiento que se pueda extrapolar a otros casos. El segundo punto hace referencia al fundamento de que el paciente es *el experto* en su historia y es competente en el sentido de que no recibe del terapeuta algo (ni conocimientos, ni herramientas) con lo que no cuente ya para moverse hacia

donde se propone, por su parte, el terapeuta es solo un facilitador, asistente o guía, como un copiloto que enfatiza cómo ha sido el camino de quien va manejando (el paciente), asiste mencionando los elementos que es más difícil ver desde el asiento del piloto y a veces puntualiza las vías que le es posible identificar para llegar al lugar destino del piloto. Esta metáfora es un intento de explicar el proceso de co-construcción que plantea White (citado en Payne 2002), en el cual el terapeuta asiste en el enriquecimiento del relato que la persona ha empezado a escribir de su vida mucho antes de llegar a consulta, Payne (2002) refiere que esta postura pretende descentralizar la terapia del terapeuta y colocar en el centro de la terapia al paciente.

Respecto a los recursos que el terapeuta utiliza para realizar dicha asistencia, se considera que la palabra es muy importante en el proceso terapéutico; como se expuso antes, el lenguaje moldea nuestra experiencia cuando la contamos, condiciona y delimita los significados que le damos, así como lo que sentimos o pensamos respecto a ésta (Payne, 2002). La palabra se ha considerado una herramienta mediante la cual las instituciones y figuras de poder pueden introducir significados implícitos a nuestra vida cotidiana, pero también es una herramienta que se puede usar de manera consciente, para generar un efecto terapéutico. Es por esto, que el terapeuta narrativo, tiene la obligación de ser especialmente atento a su lenguaje, pues es su principal herramienta de trabajo para analizar los significados predominantes en el discurso de la persona, exponerlos y buscar co-construirlos con ella.

A pesar de no haber un modo de hacer terapia narrativa, hay una serie de conceptos que proporcionan una guía para analizar el discurso del paciente e



identificar la estructura de éste, tanto al inicio como durante y al término del proceso, además, estos conceptos marcan un bosquejo de lo que se busca en un proceso terapéutico desde esta perspectiva. Payne (2002) menciona que las personas escapan de las historias que determinan sus vidas, usualmente de forma poco favorable para ellos, mediante lo común, es en la cotidianidad donde se esconden cambios imperceptibles, pero son éstos los que nos van construyendo poco a poco, por esta razón, la terapia narrativa se centra en lo atípico, lo que sale del discurso armado mediante la parcialidad de la visión de la persona, el cual predomina al inicio de la terapia.

El concepto de *descripciones ralas o saturadas* hace referencia a los relatos que encontramos en el discurso del paciente al principio del proceso, estos suelen estar cargados de sensaciones de frustración, desesperación, dolor y una falta de esperanza, usualmente; cuando los pacientes llegan a consulta usualmente lo hacen con una visión de túnel, es decir, desde su perspectiva, el problema por el cual acuden no tiene salida o bien, han intentado (o creen que lo han hecho) infinidad de formas de solucionarlo, las cuales no han funcionado, por eso se identifican como narraciones saturadas del problema y constituyen la mayor parte del discurso del paciente, son dominantes y no complican que la persona recupere en el habla partes de su historia que contradicen la visión de que el problema domina su vida. En terapia, el proceso de narrar y re-narrar lo que la persona ha enfrentado en su vida, da la oportunidad de reexaminar las narraciones saturadas e instigar a la persona a buscar nuevos detalles de los eventos (Payne, 2002), de manera que éstas van perdiendo su estabilidad, pues ampliar partes de la historia en las que el paciente no ha puesto tanta atención

antes, eventualmente le permite poner en duda la totalidad y verdad absoluta que parecen tener los relatos dominantes en un inicio.

Por lo anterior, el terapeuta se mantiene atento a las narraciones aisladas y pobres, pues busca asistir al paciente a extender o esclarecer sus narraciones mediante las preguntas que hace, las formula con el objetivo de fomentar narraciones ricas sobre la forma en que la persona vive las dificultades y las consecuencias que esta tiene en su vida. Para ello, puede utilizar infinidad de recursos narrativos, tantos como sus propios conocimientos, cultura y métodos le sean posibles. White (1989, citado en Payne, 2002), expuso algunas líneas importantes en las intervenciones de un terapeuta que busca ampliar el relato inicial de la persona, después de haberla escuchado atentamente.

La primera es hacer preguntas que le ayuden a la persona a identificar los acontecimientos extraordinarios, fomentando que la persona busque en su memoria, momentos anteriores de su vida en los que ha enfrentado el problema y amplíe las partes que hagan referencia a las veces que sintió que pudo sobrellevar y vencer el problema, de esta forma se instiga para que la descripción de lo que sucedió incluya diferentes partes de su participación, como su actuar, su pensar y su sentir. La segunda, es acentuar estos eventos extraordinarios de modo que eventualmente la persona pueda ser identificados y destacarlos en sus narraciones al ser contrastados con un patrón temporal del problema; la metáfora del patrón se usa para referirse a una serie de repeticiones del problema en la vida de una persona a lo largo del tiempo, ésta representa la inmunidad o invulnerabilidad que este tiene a los efectos del tiempo, la cual se refleja en los relatos del paciente. El tercero es dar importancia a los eventos

inusuales, ya que es en éstos donde se puede encontrar los puntos de conexión con las historias alternativas. Por último, el autor menciona que suele especular acerca de nuevas posibilidades, nuevas formas de describir los eventos y los elementos que se van a resaltar en las siguientes narraciones del paciente.

Una vez que se invitó a la persona a ampliar su descripción inicial, se fomenta que empiece a utilizar el lenguaje a su favor, de modo que éste le permita a deconstruir sus relatos y reconstruir su historia. El objetivo general es cambiar la perspectiva del problema, que se resignifique; para ello, se invita o sugiere al paciente que *bautice el problema*, es decir, que le de un nombre a lo que le sucede, esto le permite delimitarlo, y con ello acotar las dificultades que la persona está viviendo o ha vivido, así como disminuir la percepción de que el problema tiene una alcance mayor en su vida, a la que probablemente ha tenido, pues puede haber momentos en los que no ha estado presente o, como se dijo anteriormente, en los que se ha salido victorioso al enfrentarlo.

Otra técnica o recurso relevante en la terapia narrativa, es la externalización del problema, la cual se propone en congruencia con las premisas del construccionismo, cuya propuesta es que los significados se construyen socialmente, incluyendo aquellos que llevan a la persona a conceptualizar una situación como problemática y también a verse a sí misma como incapaz, insuficiente o imposibilitada de resolver una situación que puede estar generada por las estructuras de poder que moldean las relaciones sociales, sin embargo, al estar tan introyectadas, muchas veces no se cuestionan. Los mandatos y exigencias sociales que a veces limitan al individuo, pues en ocasiones se contraponen a sus deseos o posibilidades reales de desarrollo y

bienestar psicológico, son apropiadas y se asumen como problemáticas individuales, es decir, se leen como dificultades y características inherentes a la persona, como si formaran parte de su personalidad o forma de ser, a su vez, esta visión implica que no es posible la vida sin el problema, pues la persona personifica el problema.

El lenguaje externalizador se utiliza a lo largo del proceso terapéutico para separar en el discurso el problema de la persona, y así, fomentar la visión de que ésta tiene posibilidades de enfrentarlo como algo ajeno a sí misma y de esta forma resignificar su identidad. Payne (2002) afirma que el lenguaje externalizador permite transmitir que el problema tiene efectos sobre la vida, pero no es parte de ella ni la define, también permite identificar los problemas como resultado de circunstancias, procesos interpersonales, los cuales necesitan más de una persona para construirlos. El autor menciona que hay situaciones en las que este lenguaje no se debe usar, como con acciones perjudiciales o abusivas, estos deben llamarse tal cual su nombre es, únicamente se puede usar cuando se quiere separar de la persona las creencias que justifican el maltrato o abuso, pues éstas pueden ser aprendidas; en estos casos la externalización se usa para apuntalar cómo se fueron construyendo estas creencias y el impacto que han tenido en la vida de la persona, mas no para quitarle la responsabilidad de sus decisiones ni justificarlas.

En realidad, el lenguaje externalizador en ningún caso busca deslindar a las personas de la responsabilidad de sus decisiones, al contrario, busca que el paciente se de cuenta también de su participación, en el nivel de acción, pensamiento y sentimiento, y en diferentes tiempos, el pasado, presente y

posible futuro en la problemática que domina su historia. Para ello, White y Epston (citados en Payne, 2002) realizaban preguntas de *influencia relativa*, mediante las cuales invitaban a las personas a describir cómo el problema influía en su vida y también la influencia que ellas tenían en la vida del problema, tanto para la reaparición de éste como su ausencia en algunas partes de su historia. Estas últimas, son narraciones que contradicen el relato saturado y se denominan *desenlaces inesperados*, pues bajo la estructura del discurso plagado del problema, usualmente el paciente no considera la posibilidad de haber sido capaz de enfrentar lo que le sucede, por ello, cuando estos aparecen el terapeuta se concentra en hacerles énfasis, para darles fuerza y así poder contraponerlos a la visión parcial y predominante de la historia. En algún o varios momentos de la terapia, el paciente se enfrenta a la encrucijada que implica decidir con cuál de los dos discursos quiere hacer congruente su actuar, cuál es el que quiere asumir, si el relato que está dominado por el problema o aquel que tiene matices y alternativas, el cual construyó en conjunto con el terapeuta al animarse a contar su vida.

La actividad de narrar es una constante en la terapia, es la forma de encontrar relatos y significados alternativos; el terapeuta puede hacer uso de diferentes herramientas para llegar a encontrarlos en el discurso del paciente o guiarlo hacia imaginar otras posibilidades en su vida. Una de estas herramientas, son los documentos terapéuticos, los cuales tienen un objetivo muy particular para cada proceso terapéutico, usualmente se utilizan para resumir las perspectivas alternas que la persona ha encontrado en su proceso, los descubrimientos que ha hecho sobre su propia historia o el progreso que ha tenido respecto a su objetivo en terapia, estos pueden ser escritos por el paciente

y en ocasiones por el terapeuta. En esencia, se considera que la palabra escrita es permanente a diferencia de la hablada, por lo que puede ser un medio para regresar a esos relatos co-construidos en terapia, desde cartas, listas, diarios, etcétera, que le pueden servir en otro momento a la persona.

En la duración de la terapia narrativa, Payne (2002) menciona que, dadas sus características, no se puede considerar una terapia breve, pues a pesar de que se considera que el uso de herramientas, como los documentos terapéuticos, pueden ayudar a consolidar los avances del proceso y “reducir” la duración de la terapia, ésta culmina cuando la persona decide que el relato de su vida es suficientemente rico para enfrentar los diferentes matices que la integran y su futuro. En la teoría y práctica de la psicoterapia, sea cual sea el enfoque clínico que se utilice, se considera que una vez resuelto el motivo de consulta el terapeuta puede dar de alta al paciente, lo cual no se contrapone con el postulado que expone Payne (2002), pues el relato que tiene que enriquecerse es aquel que tiene relación con el problema por el cual el paciente llegó a consulta.

### **3.1.3. Función preventiva**

Anzola (2005) considera que la función preventiva del psicólogo clínico se divide en tres categorías, la primaria consiste en dar información sobre salud mental a la población general, la secundaria se refiere a la orientación y apoyo en áreas de posible riesgo y la terciaria consiste en realizar acciones terapéuticas para evitar el progreso de problemas ya presentes, nivel que es más frecuente en las intervenciones de los psicólogos clínicos.

En la práctica clínica, no es posible realizar la prevención en el sentido de evitar el desarrollo de problemas o malestares psicológicos, pues las personas que acuden a terapia lo hacen porque no se sienten en un estado de bienestar psicológico y no alcanzan a ver los recursos que tienen para alcanzarlo, puede ser que no están a gusto con lo que están viviendo, cómo se perciben o lo que les pasó, por ello, cabe afirmar que las personas no acuden al psicólogo con la intención de prevenir una problemática de este tipo, cuando el paciente llega a consulta, los eventos que han sido hitos en su historia, las decisiones que ha tomado y lo han llevado a la situación en donde está ya ocurrieron. Sin embargo, su historia sigue en curso y, si bien no se pueden prevenir las situaciones que lo llevaron a consulta, existe la posibilidad de que su dinámica empeore (García-López y cols., 2008), por lo que el terapeuta debe de estar evaluando constantemente este riesgo y ayudarlo no solamente a llegar al objetivo que busca, también a vislumbrar las complicaciones que se le pueden presentar si no se realizan determinados cambios relacionados con su patrón de comportamientos y relaciones personales. Por lo anterior, la prevención terciaria es la que se realiza en la práctica clínica, es una función menos visible que la intervención sobre los problemas que ya existen, pero también es parte esencial del trabajo terapéutico.

### **Terapia Infantil (niños y adolescentes)**

Dada la naturaleza del trabajo clínico quizá el efecto de la función preventiva del psicólogo es más evidente en el caso de la terapia con niños y adolescentes, pues en este caso, el terapeuta tiene que trabajar estructurando su intervención teniendo claro el impacto que el proceso puede tener en el niño, no solo a corto

plazo (usualmente enfocado a un cambio conductual que responde a la demanda de los padres) también, los efectos que la terapia tiene a largo plazo, pues el niño se enfrenta a lo largo de su desarrollo a dinámicas propias de la infancia y de la adolescencia, así como a factores que no dependen directamente de él y que pueden facilitar que tome riesgos sin posibilidad de evaluarlos por sí solo, ya sea mientras está en terapia o incluso después de recibir el alta.

Desde algunas teorías psicológicas, como la humanista y psicodinámica, se hace énfasis en buscar que el espacio terapéutico sea un espacio seguro para el niño, pues el hecho de que confíe en el terapeuta le permite darse cuenta de que puede confiar en los adultos que le rodean y que éstos lo ayudan cuando está en riesgo o ante una situación complicada, previniendo que la dinámica escale a una situación que resulte dañina para el infante, además, se espera que la terapia sea una parte en su historia en la que destaque que recibió ayuda por parte de un otro, alguien diferente a él y externo a su núcleo, de forma que si en la adultez considera que necesita ayuda, psicológica o de cualquier tipo, se haga cargo tanto de su salud como de sus malestares y sea capaz de pedirla, desde una posición diferente a cuando alguien, los padres en este caso, le proporcionaron dicha herramienta.

Lo anterior no quiere decir que alguien que no acudió a terapia en la infancia no es capaz de hacerlo, pero sí que a largo plazo y en el sentido de prevención de probables complicaciones en la dinámica del paciente la figura del terapeuta puede ser un factor protector ante una situación de vulnerabilidad, no solo del paciente niño y adolescente, también de aquel que lo lleva a consulta, encargado de protegerlo, acompañarlo, guiarlo en su proceso de crecimiento y



desarrollo. Respecto al alcance y objetivos de la terapia con menores, las palabras de Torres (1996 citado en Soriano, 2004) siguen siendo convenientes para describir y puntualizar lo que se busca; el autor dice que “los factores terapéuticos promueven la evolución del niño, del adolescente y de la familia, estimulan el desarrollo de aspectos sanos, mejoran la capacidad de relacionarse y aprender, se trata de conseguir cambios hacia dinámicas de progreso, allí donde había círculos viciosos y estancamiento” (p. 84).

En relación al trabajo con adolescentes, Soriano (2004) plantea algunas ideas que se pueden confirmar en la práctica clínica y que es importante tener en cuenta si se desea trabajar con esta población, pues independientemente de la corriente teórica y metodológica que el terapeuta utilice, el trabajo con adolescentes, tiene sus propias características y complicaciones, las cuales interesa plasmar a groso modo en este apartado del presente trabajo, haciendo énfasis en la actitud necesaria por parte del terapeuta para ayudar al adolescente.

Soriano (2004) advierte que cuando llevan a un adolescente a consulta, éste pone a prueba nuestra capacidad de establecer comunicación y un vínculo de confianza, sobre todo con adolescentes con actitudes desafiantes o conductas delincuenciales, pues suelen tener una actitud ante el terapeuta que de inicio puede interpretarse como inaccesibilidad, y entablar una relación de ayuda con él llega a parecer imposible. Soriano (2004) afirma que la carta de presentación de un joven al llegar a consulta, es negar la necesidad de un vínculo y la motivación para pedir ayuda, es decir, las resistencias (a ser ayudado) son conscientes y las motivaciones (querer serlo) son inconscientes. Es necesario

tener en cuenta que la figura del terapeuta puede despertar diferentes representaciones ligadas a las figuras de los padres, pues al igual que ellos el terapeuta es un adulto, y si no tenemos cuidado con nuestras impresiones del caso, y las partes de nuestra subjetividad que se juegan dentro del mismo, podemos propiciar mediante nuestra actitud terapéutica que el adolescente nos vea como otro adulto que no lo entiende y reforzar el rechazo hacia éstos, en lugar de introducirnos en su mundo como una figura diferente.

En cuanto al psicólogo y su subjetividad, Soriano (2004) sugiere que en la contratransferencia (aquellas representaciones inconscientes que el paciente despierta en el profesional) “se mezcla el conocimiento de la gravedad del caso y el sentimiento de impotencia” (p. 82), de no poder ayudarlo. Mantenerse alejado de la autoobservación y conciencia de estos factores trae complicaciones, a veces el terapeuta se adjudica el fracaso de no poder acceder al joven, ya que cuando empezamos en la práctica clínica y comenzamos a trabajar con esta población creemos que podemos leer los discursos, las defensas y resistencias de los adolescentes de la misma forma como aprendimos a hacerlo con los adultos, pero con los jóvenes nos topamos con formas diferentes de hablar y pedir ayuda.

Al respecto de las dificultades del trabajo con adolescentes, Soriano (2004) menciona que es necesario ajustar nuestra forma de trabajar con ellos y no esperar que los pacientes se ajusten a nuestra formación académica o profesional, afirma que el bagaje o conocimiento teórico-técnico, resulta insuficiente para realizar nuestra labor terapéutica. Manejar la relación terapeuta con el adolescente requiere agilidad para mantener nuestro equipaje profesional

y objetivos y al mismo tiempo que usamos nuestra creatividad y nos animamos a correr riesgos para probar diferentes formas de acercarse al paciente, de replantear formas distintas de relacionarnos, así como animarse a establecer un proceso de ensayo y error, podamos entrar a esa puerta aparentemente cerrada que suele representar la respuesta de los adolescentes ante la presencia de los adultos.

Los adolescentes son una población compleja, están en una etapa de conflicto, entre lo que les es familiar y aquello que pueden encontrar fuera de su entorno, lo que les piden y lo que ellos desean, se fortalecen algunas de sus ideas y otras van transformándose con rapidez. Sin embargo, este conflicto implica que se encuentran en medio de dos mundos, el infantil, al que por momentos ya no se sienten pertenecientes pero siguen teniendo las actitudes o los estilos de afrontamiento que aprendieron de niños, y el mundo adulto, que rechazan porque les representa sus conflictos con sus figuras parentales y en el que intentan buscar nuevas identidades y formas de manejar los cambios a los que se enfrentan; al moverse entre estos dos mundos, intentan definir los valores, ideas y deseos que comparten con su núcleo y con cuales están en desacuerdo. Soriano (2004) afirma que en terapia hay que trabajar con ambas partes, la parte infantil, para ayudarla a contenerla y la parte adulta, dándole la credibilidad y reconociendo su progreso; por lo anterior es importante reflejar al adolescente su propio crecimiento, punteando explícitamente sus capacidades para que pueda verlas y darse cuenta de los recursos que va adquiriendo en esta etapa.

Al igual que con otros pacientes, para llegar a consolidar el trabajo en terapia con los adolescentes se requieren determinadas condiciones, por

ejemplo, la interacción con el adolescente en los primeros momentos es crucial, pues es en la primera entrevista donde es posible entablar una conexión de persona a persona, y es la oportunidad que tiene el terapeuta de presentarse como un adulto que está “para ayudarlo, no para aleccionarlo, adaptarlo o corregirlo” (Soriano, 2004, p. 82), por el contrario, estamos del lado de su desarrollo. Soriano (2004) puntualiza que tampoco se trata de adoptar una actitud seductora o complaciente, de ser así perderíamos la posición de terapeuta. El trabajo clínico permite vislumbrar que se trata más bien de estructurar una relación de ayuda, en la que las cosas no van a suceder tan rápido como el adolescente espera; ya se comentó que los adolescentes rápidamente nos pueden descalificar, y hay que agregar que con la misma inmediatez, debido a que suelen tener percepciones del tiempo desproporcionadas y poca tolerancia a la frustración pueden llegar a crear expectativas de que la terapia funciona a corto plazo, fácil sin esfuerzos, aún los adolescentes que acuden con motivación o expresar querer ir a consulta. En este aspecto, la labor del terapeuta es explicar al adolescente que la terapia no se alcanza sin algo de dolor al enfrentar sus conflictos y esfuerzo, como tampoco lo son sus objetivos fuera del espacio terapéutico.

Otra parte de la estructura que debe quedar clara desde el inicio, tanto al paciente como al terapeuta es que la escucha que se ofrece al joven es una escucha personal, para ello hay que darle prioridad, así como transmitirle que lo que dice tiene credibilidad y relevancia, además de evitar dar el protagonismo al discurso de los adultos dentro de su proceso terapéutico, ya que si bien inmiscuir a los padres es importante, como se habla más adelante, esto puede sentirse como una invasión a su espacio y perder la confianza en él. Para que el proceso

llegue a sus objetivos, es crucial que el adolescente cuente con un espacio donde pueda desplegar su mundo interno, lo cual suele hacer con vergüenza, entre otras sensaciones con las que debe lidiar para confiarnos sus vivencias.

En los discursos que rodean a los niños y adolescentes, es relevante recordar que ellos no van a consulta, sino que son llevados, por lo que siempre la información que vamos a recibir primero o con calidad de urgente, son aquellas percepciones del adolescente que el padre percibe como indeseables o conflictivas. En muchas ocasiones, al trabajar con el joven es probable escuchar que, para él o ella, no es relevante tal situación o no es la prioridad, pues percibe la dinámica familiar desde otra perspectiva y tiene sus propios conflictos en cuanto a ella. Soriano (2004) advierte que como terapeuta hay que ser hábil para hacerse cargo de las necesidades más inmediatas del joven, ayudarlo a verbalizar eso que le duele, o incluso a descubrir lo que necesita del mundo adulto, aspectos que quizá en su dinámica pasan por alto pero le producen angustias, preocupaciones, temores o anhelos totalmente válidos e igual de importantes que aquellos motivos por los que lo llevan y que no siempre son los iguales. Soriano (2004) puntualiza “ayudándole en estos aspectos podemos ayudarlo en otros que siendo clínicamente prioritarios habrá que darles tiempo, hasta el momento en que pueda conectar con ellos”; de esta forma se busca ofrecerle al adolescente la oportunidad de usar su espacio terapéutico para sus propias motivaciones o metas.

En la intervención terapéutica con los adolescentes, Soriano (2004) sugiere algunas ideas sobre hacia dónde tendría que ir el trabajo terapéutico con ellos una vez que establecimos las bases de un vínculo de confianza. Si bien

cada caso tendrá sus particularidades y cada proceso su objetivo, es posible hablar de cuál es el trabajo en general con los jóvenes. Al respecto, se puede retomar lo que señala Bloss (1971 citado en Soriano 2004), “la tarea inherente a la terapia del adolescente consiste en exponerlo al doloroso reconocimiento del conflicto y las ilusiones que intenta mantener” (p. 85). El adolescente está entre dos mundos, por una parte se ancla con la parte infantil que le permite evitar asumir lo que por desarrollo y posición en su contexto particular le corresponde, y por otro, se enfrenta a conflictos con su entorno y con él mismo, muchas veces sin la guía para reconocer sus herramientas, sus puntos débiles en este proceso y sus habilidades para enfrentarlo. Es claro que no es labor del terapeuta endulzar el oído del adolescente o pintarle un escenario menos conflictivo, al contrario, Soriano (2004) advierte que la terapia enfrenta y alienta al adolescente a resolver sus conflictos e introduce en su panorama nuevos conflictos a medida que se resuelven los viejos, pues conforme se madura, aparecen en la vida situaciones que exigen de nosotros cosas distintas, los esfuerzos en ese sentido por entendernos, conocernos y decidir son interminables, pero sí es posible acompañar al adolescente en el proceso de descubrir el proceso de crecimiento y en particular el suyo, pues en ocasiones, no alcanzan a verse en él y necesitan un espejo que les refleje cómo viven este proceso y en qué parte de la transición se están anclando. Dado lo complicado de este proceso, el terapeuta debe tener empatía y tacto, pero también firmeza al abordar cada tema con el adolescente, para transmitirle que es una guía y herramienta confiable, de esta forma el joven pueda encontrar formas más sanas de relacionarse con los adultos, desarrollarse y asumir la parte de responsabilidad que tiene sobre su vida, responsabilidad que cada vez se hace más grande hasta ser completamente suya.

## **Trabajo con padres: Psicoeducación**

A pesar de que existen diferentes puntos de vista sobre el trabajo clínico con niños y adolescentes, Lucio y Heredia (2014) afirman que se identifica un punto de consenso: que es fundamental involucrar a los padres en el proceso terapéutico. Ellos son un punto clave para que el proceso del niño llegue a su objetivo ya que tienen la posibilidad de realizar los cambios pertinentes para que el niño se sienta protegido y tenga los límites que decidan establecer. Por otro lado, el punto de divergencia entre los clínicos, consiste en el objetivo y forma de involucrar a los padres del paciente, al respecto, se puede decir que el objetivo determina la forma, pues incluso trabajando con un mismo enfoque el terapeuta puede involucrar de manera distinta a los padres, dependiendo de lo que se necesita de ellos para ayudar al niño, por ello a veces, se realizan sesiones en conjunto con los padres y el niño, en otras ocasiones se realizan sesiones por separado con los padres, pero sea cual sea la forma, es crucial que los padres entiendan su papel e importancia para que el proceso funcione.

Lucio y Heredia (2014) enfatizan la importancia de los padres desde el enfoque terapéutico psicodinámico, describen que los padres traen consigo una demanda en la que pueden estar depositados sus deseos, tanto conscientes como inconscientes, además, su discurso se encuentra matizado por muchos factores, tanto externos como internos, su historia personal, las identificaciones con sus figuras parentales que van a surgir al momento de enfrentarse a la parentalidad, y claro, las emociones y sensaciones, entre ellas la vulnerabilidad, que los acompañan al percibir que una situación con su hijo sale de sus manos cuando llegan a consulta, todo lo anterior, más los factores particulares de cada

caso, suelen conducir al niño a presentar conductas calificadas como indeseables por los padres, y de alguna manera suelen ser reforzadas por la dinámica familiar.

Lutereau (citado en Zunini, 2019) afirma que los padres son quienes conocen mejor a sus hijos, por lo que el trabajo del terapeuta es ayudarles a restituir su parentalidad, es decir, a volver a ser los mejores interpretantes de lo que les sucede a sus hijos, de sus síntomas, conflictos y necesidades; este proceso se complica cuando los padres no ocupan un lugar de autoridad en la dinámica familiar, cuando dudan de sus actos como padres o dejan que alguien más ocupe ese lugar simbólico. La importancia de restituir la parentalidad es que si los adultos responsables del niño logran vislumbrar cuales son las necesidades de sus hijos, considerando su edad, capacidades y complicaciones, podrán ayudarles a hacerse cargo de lo que les corresponde y cubrir lo que el niño no puede hacer u obtener por sí solo.

Respecto al trabajo en terapia infantil, Lucio y Heredia (2014) puntualizan que es una tarea doble, en primera instancia, se trabaja con el niño, sus necesidades, recursos, deseos y conflictos; y en segundo lugar, con los padres, para que lleguen a entender sus deseos, carencias, pero sobre todo tengan en cuenta los recursos y habilidades que tienen para generar las condiciones que permiten relacionarse con sus hijos, sin negar los conflictos que existen tanto del lado del infante, como del adulto, en lugar de ello, aprendan de este conflicto para fortalecer este vínculo e irlo transformando según el momento en el que se encuentren. En relación al trabajo con los padres, las autoras mencionan que es necesario esclarecer la demanda de los padres, es decir, la razón por la que lo



llevan a terapia, en la práctica clínica, esto es vital para saber qué resultado estará esperando al padre del proceso, pero también nos da un panorama de qué manera piensan y ven al niño, así como el significado que le van a dar a la terapia. Lutereau (2019) enfatiza que los problemas por los que los padres llevan a sus hijos a consulta, en algunas ocasiones refieren a conflictos propios del desarrollo y ya que no estamos acostumbrados a lidiar con el conflicto, cuando estos aparecen los adultos dudan de su labor como cuidadores y responsables de los niños y adolescentes.

La relación que se establece entre los padres y el terapeuta es de gran relevancia, pues, aunque el clínico no los atiende como pacientes, si es conveniente entablar una alianza con ellos, para obtener su colaboración y adherencia al tratamiento, lo anterior en favor del paciente. Por ello, es necesario brindar a los padres un espacio en el que puedan contener su angustia ante las situaciones conflictivas que se van a presentar en la vida de sus hijos y de ellos como padres, es importante que se sientan escuchados pero también que el terapeuta pueda regresarles el discurso de manera que les ayude a diferenciar los conflictos propios del desarrollo y los que se deben a la dinámica en la que se desenvuelve el menor y que es reforzada de alguna manera por los adultos, así como diferenciar sus angustias, necesidades, deseos y conflictos de los de sus hijos y de esta forma, puedan alcanzar a verlo como un individuo diferente a ellos.

La falta de diferenciación entre los hijos y padres, por parte de estos últimos, se puede deber a muchos factores, pero hay un elemento que es usual encontrar en la práctica clínica y que Lucio y Heredia (2014) consideran: el duelo

del desarrollo no resuelto por parte de los padres. En muchos casos los adultos no han podido renunciar a su lugar que tenían como hijos en el vínculo que formaron con sus propios padres, esto conlleva que ocupar el lugar de padres les sea más complicado al enfrentarse a la parentalidad e incluso que no alcancen a ver sus capacidades y potencialidades para hacerlo. Lutereau (2019) advierte que actualmente los padres se preguntan cosas que antes no, hoy se preguntan qué es ser buenos padres y se culpan por no serlo, pues viven bajo el referente que vivieron ellos. A esto se puede agregar que algunos tratarán de no ser como sus propios padres en un intento de no repetir aquellos aspectos de la crianza que percibieron como dañinos en su caso, y otros, intentarán replicar la crianza que recibieron de sus padres; cualquiera de estas dos actitudes hacia la crianza de los hijos se estructura en referencia a la propia y se evalúa bajo ese parámetro. Las autoras agregan que dar un espacio de escucha a los padres en el proceso terapéutico de sus hijos, permite movilizar las identificaciones de los adultos responsables del niño, con sus propios padres; lo anterior permite que se den cuenta que sus hijos no son ellos y ellos no son sus padres, para que puedan encontrar o reencontrar una forma particular de enfrentar la parentalidad.

Otra labor importante a realizar con los padres o tutores del menor que está en un proceso de terapia psicológica, es ayudarles a ver los recursos intelectuales y emocionales que poseen, las modificaciones que pueden hacer en su crianza, no de acuerdo a lo que el terapeuta considere “correcto” o “incorrecto”, pero sí relacionarse con su hijo de una forma diferente, que corresponda a lo que ellos quieren para su hijo y lo que el paciente comunica necesitar, ya sea de forma verbal o de forma conductual y sintomática; es relevante que los padres tengan claro qué pueden hacer para mejorar su función

parental y ocupar ese lugar, y por otro lado, el terapeuta evalúe cuales son los alcances de los padres para realizar modificaciones, así como qué aspectos difícilmente se moverán y en los cuales no tiene caso dirigir la energía terapéutica, ya sea porque no dependen directamente de los padres, no existen recursos para realizar los cambios y difícilmente se podrán conseguir a corto plazo y que más que ayudarlos los van a angustiar (por ejemplo, sugerir a los padres más espacio físico para el menor en un contexto de hacinamiento y pocos recursos económicos). Por otro lado, se puede empujar a los padres a enseñarle a los hijos a utilizar lo que sí tienen y concentrarse en los recursos que sí hay su energía, y por su parte, estructurar la crianza en función de las ventajas y complicaciones que se presenten en la dinámica familiar.

Por las razones y dinámicas brevemente punteadas anteriormente, es importante el trabajo con los padres, pues en la medida en que los involucremos más posibilidades tendremos de: 1) explicarles la importancia de que se apeguen al tratamiento, 2) abrir la visión de que la desaparición del síntoma o conducta problema no concluye los cambios, conflictos y aprendizajes respecto a la crianza del niño, pues la consolidación de las mejores formas de vida, la relación con el otro y consigo mismo deben permanecer en constante construcción y transformación, y 3) tener mayor acceso a la información referente al contexto social y familiar del niño, que como terapeutas permite evaluar los riesgos a los que el adolescente estará expuesto en la dinámica en la que se desenvuelve.

En Psicología Integral se realizan sesiones de psicoeducación, las cuales se pensaron con el propósito de establecer un espacio para los padres que permite explicarles dinámicas relacionadas en general con las problemáticas

infantiles, a la par de que sus hijos asisten a evaluación psicológica (por lo que generalmente un terapeuta atiende la evaluación y otro, más experimentado, entra a psicoeducación) además de ofrecerles un espacio seguro y confiable para verbalizar sus preocupaciones y angustias sobre su hijo/a. Las sesiones de psicoeducación funcionan entonces, en dos sentidos, abren la posibilidad de proporcionar información a los padres de las dinámicas que van a enfrentar tarde o temprano con sus hijos, pero también les permiten el entendimiento de situaciones a las que ya se enfrentaron o se están enfrentando en ese momento, se busca que entiendan el comportamiento del menor a partir de los movimientos de las personas que están a cargo de él, para esclarecer por qué están pasando determinadas situaciones y qué se podría hacer para estructurarlas de manera diferente o evitar que sucedan. Estas sesiones no se centran en las particularidades del caso, ni sustituye un proceso terapéutico del tutor o del niño, pero sí dan la oportunidad de ampliar la información sobre la dinámica particular a la que el terapeuta se va a enfrentar una vez que lleven al niño o adolescente a un proceso de terapia. En la Tabla 3, se presenta la estructura de las sesiones de psicoeducación, en el orden en que se suelen presentar los temas.

**Tabla 3. Estructura de las sesiones de Psicoeducación realizadas en la institución Psicología Integral**

Tema	Objetivo	Puntos importantes a explicar
Estilos de apego	Explicar cómo se construyen los estilos de apego entre padres e hijos y sus repercusiones en la vida adulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Existen distintos tipos de apego, se construyen desde la infancia, de acuerdo a la relación que nuestro cuidador tuvo con nosotros</li> <li>❖ Apego seguro: El o la cuidadora identifica y satisface las necesidades del</li> </ul>

		<p>niño y también las propias. El niño aprende que tanto sus necesidades son tan importantes como las del otro y que él es tan valioso como el otro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Apego inseguro: El adulto no cubre las necesidades del menor, las de él o ninguna, por ende, no se enseña el valor propio ni del otro.</li> </ul>
Límites, premios y castigos	Esclarecer los procedimientos para establecer límites, premios y castigos de forma funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Los límites los ponen los adultos, deben ser órdenes, concretas, claras y precisas</li> <li>❖ No dependen de las emociones de los padres, son reglas consistentes</li> <li>❖ Se refuerza la conducta deseable</li> <li>❖ Se descalifica la conducta indeseable, no al niño</li> <li>❖ El castigo debe ser anticipado y proporcional a la falta</li> </ul>
Esquema de responsabilidades	Explicar las consecuencias de delegar a los niños responsabilidades en desproporción a sus capacidades, la forma de potencializar su desarrollo y su autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las responsabilidades que se delegan al niño deben ser proporcionales a sus capacidades</li> <li>❖ Hay que evitar subestimar sus habilidades, así como delegarle responsabilidades que, debido a que está en desarrollo le son imposibles de asumir: cualquiera de estos casos implica maltrato.</li> <li>❖ Ver al niño y acompañarlo en el proceso de aprendizaje nos da la pauta de qué puede hacerse cargo solo, lo que necesita hacer bajo supervisión del adulto, y aquello que todavía no puede asumir</li> </ul>
Habitación y espiral de	Explicar cómo funciona el fenómeno de la violencia en el vínculo padres e hijos, y sus	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Debido a procesos psicológicos, nos acostumbramos a todo, incluyendo a la violencia.</li> </ul>

violencia	repercusiones en la vida adulta.	❖ Los niños aprenden que cuando son agredidos, el adulto se siente culpable y los compensa, entonces busca ser agredido para obtenerlas ganancias secundarias, además aprende a actuar de la misma forma.
-----------	----------------------------------	---

### 3.1.4. Función docente e investigativa

Anzola (2005) afirma que en el área clínica el psicólogo también lleva funciones docentes, al divulgar su conocimiento en el campo laboral, ya sea en procesos formativos como cursos, clases, talleres, etcétera, o por medio de publicaciones y presentaciones para complementar la formación de otros profesionales. El psicólogo se enfrenta a diversos retos en su práctica clínica, pues para poder desarrollarse como terapeuta, no es suficiente tener pacientes y adquirir experiencia, también se requiere aprender a cuestionar el propio trabajo, para darse cuenta de los errores que se cometen por inexperiencia o por conflictos contra transferenciales, así como situaciones que provocan bloqueos o estancamientos en su desarrollo profesional.

#### Supervisión clínica

Para aprender a cuestionar el propio trabajo, se requiere de una visión profesional y externa al caso, la de otro terapeuta que retroalimente, tanto la relación entre el terapeuta y su paciente como la congruencia teórica y técnica del trabajo clínico (Zas, 2013; Villafuerte, 2016). Zas (2013) refiere que hay terapeutas que consideran hacer su trabajo de la mejor manera que hay y creen que poseen todo el conocimiento teórico y metodológico necesario para resolver cualquier caso, sin posibilidad a equivocarse y cerrándose a que otro colega

puntualice las áreas en las que puede mejorar, la autora menciona que para estos terapeutas no es la supervisión. Refiere que en cada etapa del desarrollo del terapeuta hay momentos en los que se siente bloqueado, durante una sesión o al analizar su trabajo fuera de la sala terapéutica, no sabe qué hay que detrás o lo que debe hacer a continuación, (Zas, 2013) es en esos momentos donde comienza el cuestionamiento hacia uno mismo, la duda.

La supervisión clínica, se da mediante la relación entre supervisor y supervisado, la cual implica para el supervisor una función de docencia, pues es una relación análoga a la de maestro-estudiante, sobre todo si el supervisado es un terapeuta en formación que apenas está integrándose al área clínica. En la supervisión, los terapeutas que tienen más experiencia hacen el papel de maestros, en cuestión de proceso de enseñanza y formación de terapeutas; desde una perspectiva constructivista, se sugiere que el supervisor tiene la responsabilidad de enseñar pero el aprendiz, o supervisado, tiene un gran porcentaje de responsabilidad para que se llegue o no al objetivo, pues lo más importante es querer aprender, esto requiere usar los recursos que se tienen para hacerlo, y en clínica, comprometerse con este proceso es complejo, al igual que la función docente del supervisor.

Es importante presentar algunos aspectos y matices de la supervisión, para ello hay que partir de algunas definiciones que existen en la literatura sobre el tema y la visión desde la cual se establecen. Zas (2013) menciona que la supervisión es un instrumento de trabajo, que utilizan los profesionales que realizan acciones de ayuda profesional para el mejoramiento de su trabajo; la diferencia de experiencia entre los participantes y jerarquías que existen entre

ellos define si la supervisión es formativa o colaborativa. La supervisión formativa, tiene por objetivo que el terapeuta principiante desarrolle y potencialice las habilidades terapéuticas que requiere para mejorar su práctica, de modo que transforme su visión y sus análisis, logre transitar del pensamiento convencional e intuitivo, a la integralidad, en la que pueda hacer generalizaciones basadas en su experiencia y conocimiento, sin perder de vista las particularidades de cada caso. Por otro lado, la supervisión colaborativa, se puede realizar entre dos terapeutas cuya experiencia en términos cuantitativos es similar, este tipo de supervisión promueve que cada uno aporte al otro una perspectiva del trabajo supervisado, en aras de un mejor desempeño de ambas partes. Zaz (2013) menciona que ya sea colaborativa o formativa, la supervisión consiste en una relación entre al menos dos profesionales, en la cual uno de ellos comparte el trabajo que ha realizado para obtener una visión constructiva del mismo por parte de su supervisor(es), y que un equipo de supervisores con distintos niveles de experiencia es el escenario ideal para promover la retroalimentación y aprendizaje.

Tarragona (1999) señala que hay dos visiones desde la cual se puede supervisar la actividad terapéutica, moderna y posmoderna; menciona que la supervisión basada en una postura moderna se interesa por la clasificación tanto del paciente como de las intervenciones del terapeuta, mientras que desde la visión posmoderna, se considera que el conocimiento es construido socialmente, pues mediante el lenguaje comprendemos y estructura a nuestra conciencia y experiencias, así como a las representaciones sociales que delimitan nuestra realidad, por ello, miramos mediante una lente cuya graduación está permeada



por ciertas condiciones, como el momento histórico, económico y social que vivimos, así como nuestra historia personal.

Debido a que los objetivos no implican sólo el aprendizaje técnico y teórico, esta actividad tiene distintos matices, algunos autores consideran que la supervisión también comparte algunas características con la relación terapéutica, pues ambos participantes están activos y es necesario que los dos aporten para que la relación logre sus objetivos. Al respecto, Zas (2013) sugiere que el motivo fundamental de la supervisión es hacer un intercambio de visiones, así como compartir la propia mirada con otros, respetando la diversidad de criterios. Tarragona (1999) puntualiza que así como el terapeuta co-construye objetivos con el paciente, utiliza la conversación terapéutica para indagar las voces que antes no han sido tomadas en cuenta o han sido suprimidas, cuestiona los significados que el paciente da por hecho, partiendo de que él es el experto en sus conflictos e historia, por lo que es también quien durante el proceso está “en el asiento del conductor”, el psicólogo en supervisión, por su lado, también participa de una forma colaborativa y dialógica, para ampliar las opciones de conceptualización y acción para abordar una problemática en conjunto con sus colegas.

Este proceso es un diálogo continuo y cambiante, en el que tanto supervisor como supervisado, exploran conjuntamente no sólo en el conflicto, también en aquello que ha funcionado para el paciente y el supervisado. Tarragona (1999) sugiere que la posición del “supuesto saber” no es la ideal para el proceso de supervisión, pues la jerarquía que esta posición remarca y busca, puede llegar a limitar la participación de los involucrados, sin embargo, no se

puede negar o eliminar este factor, ya que los factores culturales, sociales y profesionales, crean por sí mismas relaciones de poder y jerarquías, pero sí se puede tratar de atenuarlas, para que la visión de los participantes no se vea mermada o se imponga la visión del experto. El autor menciona que el rol del supervisor no es corregir el trabajo del terapeuta, ni enseñar qué y cómo hacerlo, sino ser un catalizador del aprendizaje, un co-constructor de significados y opciones. White (1997, citado en Tarragona, 1999) afirma que el rol del supervisor es facilitar la reflexión, “ayudar al terapeuta a romper conversaciones internalizadas sobre la terapia, que tienen a ubicar las dificultades en su propia identidad o en la identidad de sus clientes”, así como explorar con él su habilidades y conocimientos que suele omitir cuando en la percepción del terapeuta predomina la visión negativa de sí mismo.

A diferencia del ámbito académico, el aprendiz es quien busca la ayuda del supervisor, en función de su deseo de iniciar en el área clínica y más adelante, de mejorar lo que se le está complicando en su práctica, por lo que su papel debe ser el más activo en la relación de supervisión. De acuerdo con Tarragona (1999), el supervisor puede sugerir cómo conducirse en la sesión, pero el supervisado es quien decide si seguir o no las recomendaciones o visiones generadas en el diálogo, pues el proceso terapéutico es su responsabilidad como terapeuta, el autor agrega que no es funcional para la terapia que el terapeuta lleve a cabo las recomendaciones si no está convencido de su actuar o si él no ha participado en la generación de ideas y propuestas, en contraparte, lo ideal es que sea él quien llegue a las conclusiones finales, a partir de las opiniones y observaciones que recibe de sus colegas, que pueden surgir mediante el diálogo. Zas (2013) enfatiza que hay varios aspectos en los que es

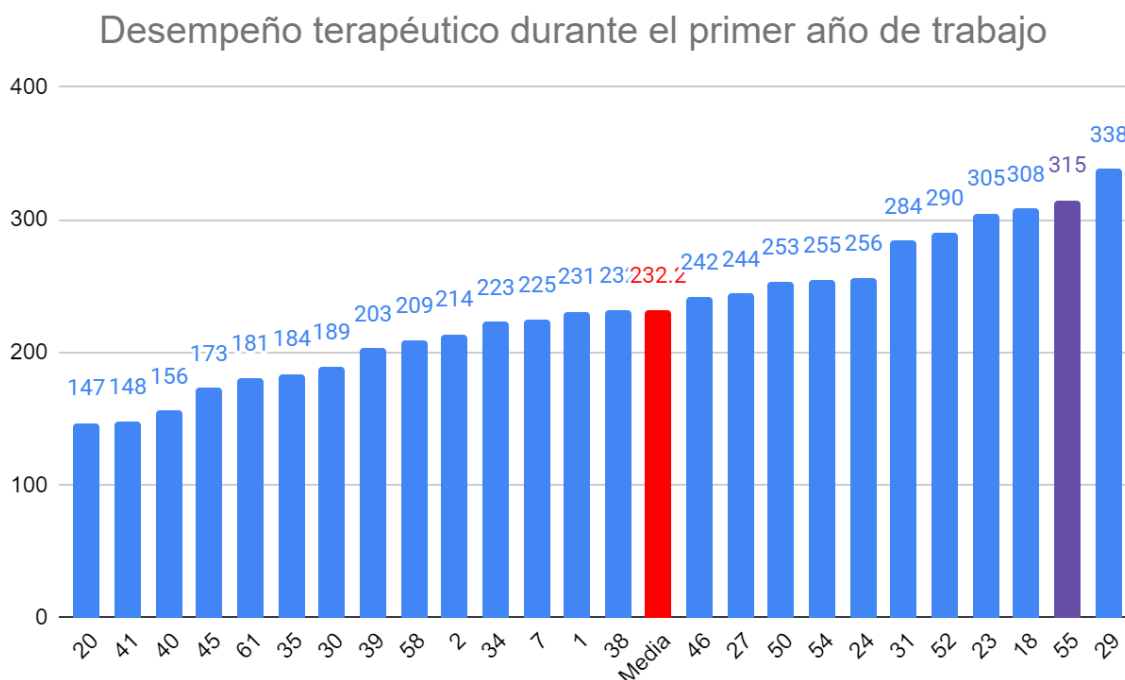
esencial que el supervisado se enfoque en su proceso de supervisión para que ésta sea fructífera en su trabajo clínico, como sus experiencias profesionales inmediatas, reflexionar sobre su propia experiencia personal y mantenerse en una postura que promueva un ambiente de apertura y apoyo en el que pueda recibir contención en caso de necesitarlo.

Al respecto, Villafuerte (2016) sugiere que la supervisión clínica tiene una función restauradora, pues el apoyo que se brinda por parte de los supervisores, permite que la ansiedad del terapeuta baje su ansiedad, pueda concentrarse más en lo que le está sucediendo al paciente y logre separar los temas personales de los profesionales. Además, de la mejora de habilidades de los terapeutas, otras funciones que han sido identificadas de la supervisión clínica (Zas, 2013, Villafuerte, 2016), son el control de calidad de los servicios terapéuticos, lo cual es necesario en contextos en los que muchas personas terminan ofreciendo servicios que no son propiamente psicológicos, pero se venden como tales, pues no se estructuran con base en una formación profesional. A pesar de que existe un código ético para los psicólogos, en ocasiones la relación terapéutica sin supervisión puede desviarse si las necesidades del terapeuta influyen en los objetivos de la terapia, dando como resultado la violación de la confidencialidad o en algunos casos, los terapeutas se relacionan de manera personal con sus pacientes; de ahí la importancia de la supervisión, pues permite el manejo ético de diversas situaciones así como la posibilidad de alertar sobre el peligro de caer en una falta ética.

## 4. Resultados

A lo largo de 13 años de trabajo terapéutico, de 2007 a 2019, en Psicología Integral, han laborado 59 becarios, de los cuales sólo 25 de ellos han cumplido el criterio de tiempo que se comprometieron a permanecer en la asociación y 8 de ellos continuaron más de este tiempo. A continuación, en la Figura 3, se presenta de menor a mayor el desempeño de estos 25 terapeutas durante sus primeros doce meses de trabajo, en términos de números de horas dentro de la sala terapéutica (entrevistas, evaluaciones y sesiones de terapia), también se presenta la media de trabajo terapéutico de este grupo, que fue de 232.2 sesiones en el primer año de experiencia clínica. Los terapeutas son identificados con el número de expediente que tienen, el cual fue asignado conforme fueron formando parte del equipo de trabajo en diferentes años. Es importante mencionar que la práctica profesional de tres años que se reporta en el presente trabajo corresponde al expediente número 55, y en el primer año de experiencia clínica, adquirida entre enero del 2018 a diciembre del 2018, se observa el resultado de 315 sesiones, 82.8 por encima de la media.

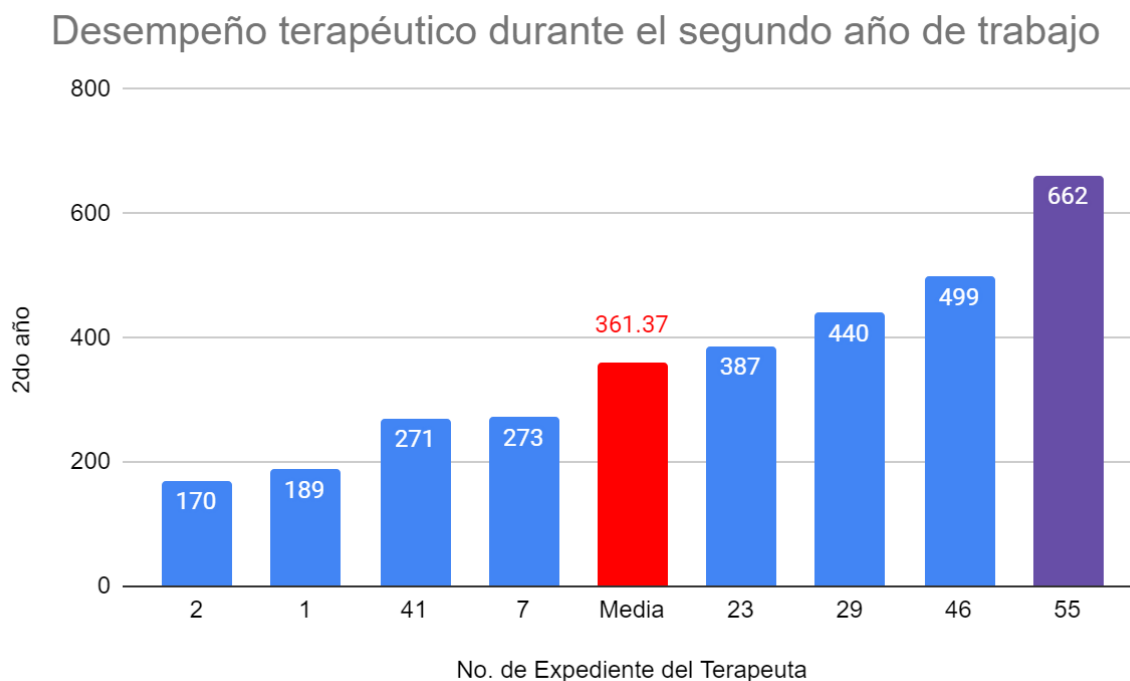
Figura 3. Desempeño terapéutico durante el primer año de trabajo de los terapeutas que laboraron en Psicología Integral durante al menos 12 meses.



Respecto al seguimiento del trabajo terapéutico, a continuación, se presenta el desempeño de 8 terapeutas que continuaron trabajando en Psicología Integral al menos doce meses más del año que se comprometieron a su ingreso, los 17 terapeutas restantes, no continuaron laborando en Psicología Integral después del primer año o lo hicieron por un periodo menor a 12 meses. En la Figura 4 se muestra el número de sesiones que cada terapeuta dio del mes 13 al mes 24 de su experiencia clínica, y al igual que en la Figura 3, se indica el número de expediente del terapeuta y la media de sesiones dadas en el segundo año laboral de este grupo. Como se puede observar, el 50% de los terapeutas (4 de ellos) se encuentra debajo de la media y el otro 50% se ubica por encima de la media, que es de 361.37 horas de trabajo dentro de la sala terapéutica. Respecto al trabajo realizado por la autora del presente trabajo, en la Figura 4 se identifica que del mes 13 al mes 24 de experiencia adquirida entre enero 2019

a diciembre 2019, el número de horas de trabajo clínico (entre las que se contabilizaron entrevistas, sesiones de evaluación y de terapia) fue de 662, 300.63 horas por encima de la media.

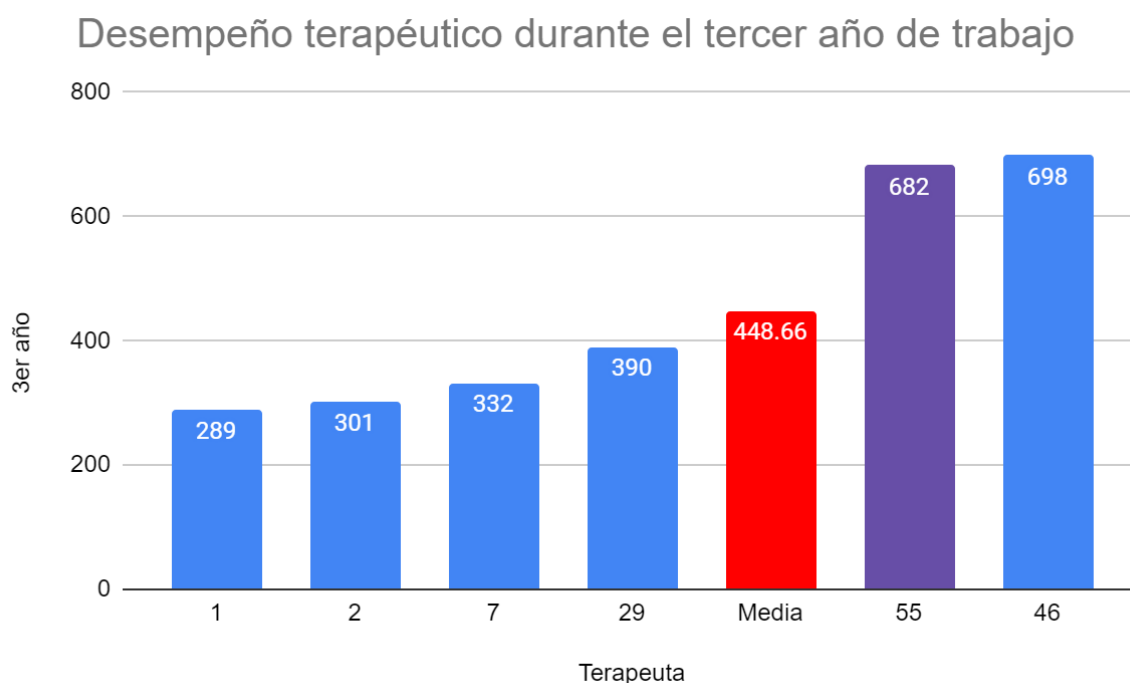
*Figura 4. Desempeño terapéutico durante el segundo año de experiencia de 8 terapeutas que continuaron trabajando durante al menos 24 meses en Psicología Integral.*



En relación a los terapeutas que han laborado durante al menos tres años en Psicología Integral, se identifica que solo 6 terapeutas entran en esta categoría, en la Figura 5 se muestra el desempeño que dichos psicólogos tuvieron en el periodo del mes 25 al mes 36 de experiencia clínica, en términos del número de horas que trabajaron atendiendo entrevistas, sesiones de evaluación o de terapia, obteniendo como media del desempeño terapéutico la cantidad de 448.66 sesiones durante el tercer año de experiencia clínica. El 66.66% de los terapeutas, se ubican por debajo de la media de sesiones atendidas y el 33.33% se encuentra por encima de la media del desempeño terapéutico de este grupo. En referencia al tercer año de experiencia de la autora

del presente trabajo, se identifica que el número de horas laboradas dentro de la sala terapéutica, desde enero del 2020 hasta diciembre del 2020 fue de 682, 233.34 sesiones más que la media del grupo.

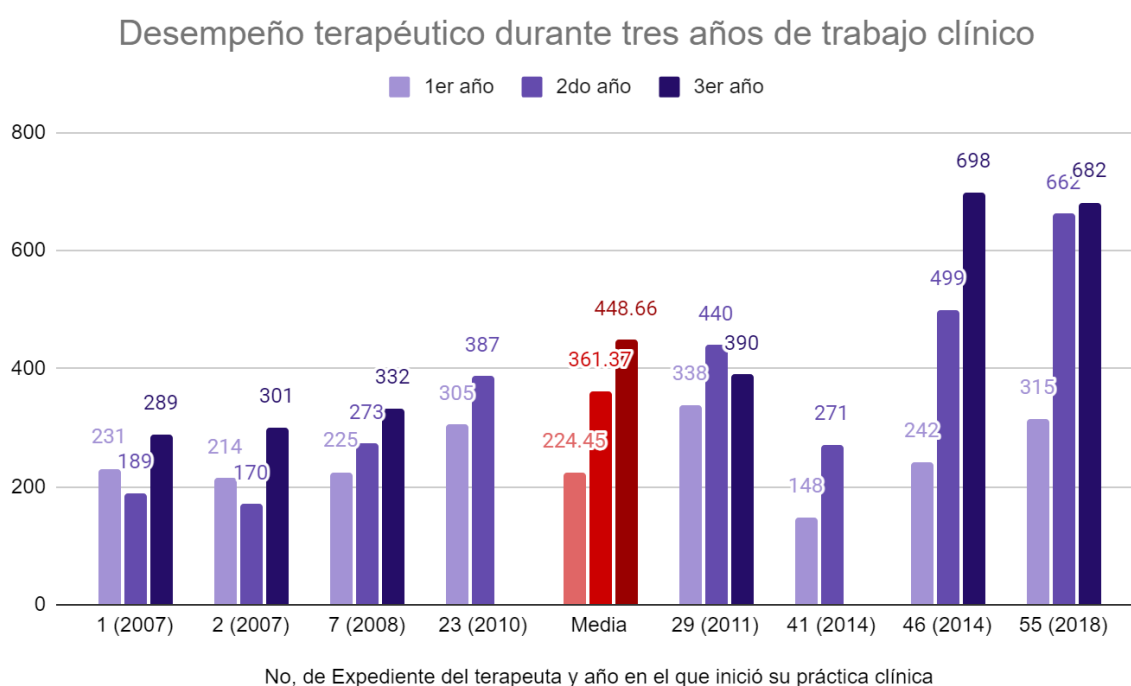
*Figura 5. Desempeño terapéutico durante el segundo año de experiencia de 8 terapeutas que continuaron trabajando durante al menos 24 meses en Psicología Integral.*



A continuación, en la Figura 6 se presenta el desempeño de los 8 terapeutas que laboraron dos o tres años, en términos del número de sesiones que tuvieron en el primer, segundo y, en seis casos, el tercer año de experiencia clínica en el consultorio de Psicología Integral. Como se puede observar en la Figura 4 se muestra que el crecimiento de cada terapeuta es diferente, cada uno superó su propio rendimiento de una manera distinta y en momentos distintos, no solo de su experiencia sino también de Psicología Integral como consultorio psicológico del sector privado. En general, se muestra que en el segundo año de trabajo 6 de los 8 terapeutas superó su propio desempeño obtenido durante el

primer año de experiencia clínica, en promedio aumentaron sus sesiones un 49.11%, (el porcentaje más alto de crecimiento fue 110.15%, correspondiente al terapeuta número 55). En su segundo año de trabajo, los terapeutas 1 y 2 disminuyeron sus sesiones en un 18% y 20% respectivamente, en su primer año laboral.

*Figura 6. Desempeño terapéutico durante los primeros dos o tres de experiencia clínica de 8 psicólogos que han laborado en Psicología Integral.*



Por otro lado, de los 6 terapeutas que han trabajado al menos 3 años en el consultorio, 5 de ellos superaron su desempeño, durante el tercer año de trabajo en promedio aumentaron un 38.89% su número de sesiones en relación con la cantidad que obtuvieron en su segundo año de experiencia. En esta comparación, el desempeño correspondiente a la terapeuta 55, fue de 3.02%, lo cual muestra que más que un crecimiento durante el tercer año de trabajo se



presentó el mantenimiento del desempeño en función de las horas trabajadas dentro de la sala terapéutica.

Se puede observar en la Figura 6 y lo que indican las medias del crecimiento de los terapeutas (49.11% del primer al segundo año y 38.89% del segundo al tercer año), conforme un terapeuta tiene mayor experiencia, el crecimiento que obtiene es menor, es decir, se dificulta superar el propio rendimiento del año anterior, este fenómeno es parte de lo que ocurre en cualquier tipo de rendimiento, en general, los primeros años el crecimiento es exponencial, como se observa en la gráfica algunos terapeutas duplicaron el número de sesiones obtenidas un año antes, pero llega un momento en el que este desempeño se estabiliza.

El desempeño de cada terapeuta es diferente, algunos de ellos no se mantuvieron en el área clínica, por lo que ya no tuvieron un tercer año laboral, lo cual es indicador de la deserción que hay en el área clínica, hasta el año 2019, 62 terapeutas, habían laborado en Psicología Integral, 37 de ellos (59.67%) no cumplieron con el año de experiencia que se comprometieron a terminar, por cuestiones personales o intereses profesionales, 25 terapeutas (40.32% ) laboraron entre un año y un año con once meses, 8 de ellos (12.90%) laboraron durante un periodo entre dos años a dos años y once meses, y 6 terapeutas (.096%) se mantuvieron en el consultorio durante tres años o más tiempo. En la Figura 6, se observa que el rendimiento de los terapeutas, en general es mayor conforme el consultorio lleva más tiempo de haber sido fundado en el año 2007.

Las funciones del psicólogo son diversas y no todas se llevan a cabo dentro de la sala terapéutica por lo que no se en el desempeño terapéutico, como

algunas actividades de evaluación (calificación de pruebas, análisis e integración de pruebas, escritura del reporte psicológico), trabajo relacionado a la intervención terapéutica (como la escritura de notas clínicas, el análisis de los casos, la supervisión clínica), la función docente (supervisión de casos de otros terapeutas), y trabajo correspondiente a la administración del consultorio.

A continuación se muestran los resultados de la actividad profesional reportada en el presente trabajo referentes a la experiencia clínica adquirida de Enero 2018 a Diciembre 2020, esta se desglosa en términos cuantitativos en el número de horas trabajadas dentro de la sala terapéutica correspondientes a algunas funciones descritas en los apartados anteriores, como las entrevistas, sesiones de evaluación, que forman parte de la función evaluativa o de diagnóstico, sesiones de psicoeducación, que es parte de la función preventiva, y sesiones terapéuticas, que corresponden a la función de intervención psicológica. En la tabla 4 se presenta el número de sesiones atendidas en un periodo de tres años, que representa el trabajo clínico que fue contabilizado.

**Tabla 4. Actividades realizadas en la sala terapéutica, función y actividad a la que corresponde.**

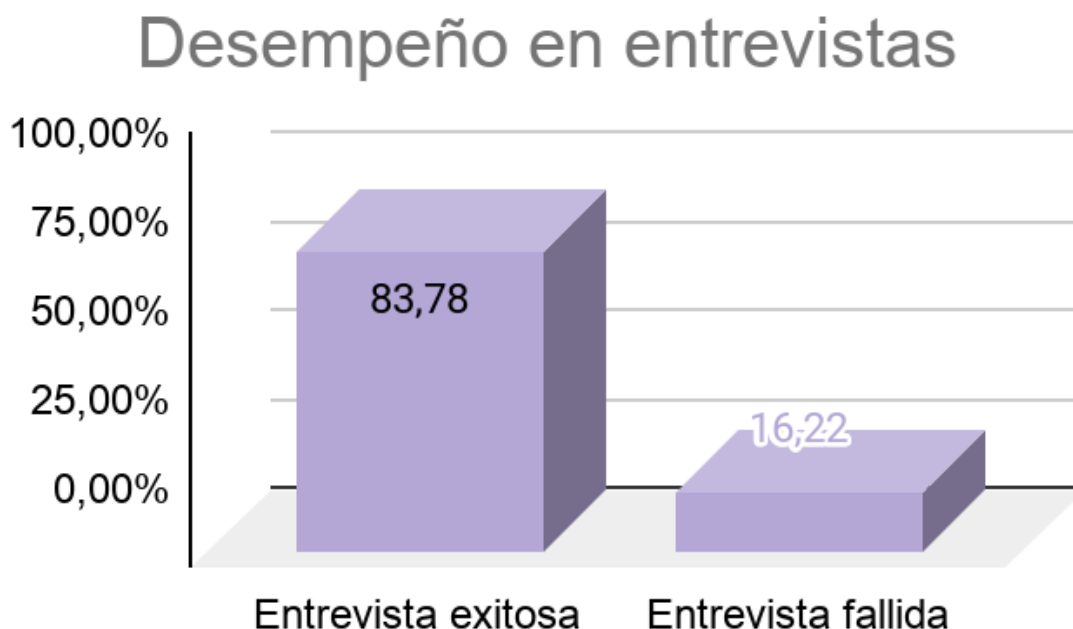
<b>Función psicológica</b>	<b>Actividad del psicólogo clínico</b>	<b>Número de actividades realizadas</b>
Evaluación	Entrevistas	74
Evaluación	Sesiones de evaluación clínica infantil	84
Intervención	Sesiones de terapia	1501
Prevención	Psicoeducación	9
Total de Experiencia clínica		1659

En la Tabla 4, se puede apreciar que el mayor trabajo clínico está en la categoría de intervención terapéutica, que incluye la terapia de adultos e infantil, sin embargo, las otras actividades, como la entrevista (realizada tanto a adultos como a padres de niños que acudieron para recibir atención psicológica o solicitar que el infante la recibiera), y la evaluación psicológica, (que precede al trabajo terapéutico con niños), son necesarias para llevar a cabo la función de intervención psicológica.

A continuación en la Figura 7 se desglosa el desempeño en la función evaluativa, respecto a las entrevistas, se consideran exitosas aquellas que tienen como resultado que el paciente regresa a consulta, específicamente a una primera sesión de proceso terapéutico, ya que como se comentó en el apartado de función evaluativa, el objetivo de la entrevista es vender el servicio de terapia, presentándole al paciente de forma clara la forma de trabajar del terapeuta, en

esta actividad, se reportan 62 entrevistas exitosas (83.78%) y 12 fallidas (16,22%).

*Figura 7. Entrevistas exitosas y entrevistas fallidas correspondiente a la práctica profesional realizadas, entre Enero 2018 a Diciembre 2020, por la autora.*



En relación a las evaluaciones, en la Figura 8, se muestra la distribución de las sesiones de evaluación infantil, en función de si corresponden a procesos de evaluación completos, incompletos o activos. Se observa que 5 sesiones de evaluación (6%), corresponden a una evaluación que está en proceso (activa), 61 sesiones fueron parte de procesos de evaluación completos, estos incluyen la aplicación de pruebas, análisis e integración de pruebas, la realización de reporte psicológico y la entrega del reporte a los padres o tutores de los niños o adolescentes evaluados, para que puedan. Además, se indica que 18 sesiones (21,4%) corresponden a procesos de evaluación que no fueron completados, debido a que los padres dejaron de asistir al consultorio.

Figura 8. Sesiones correspondientes a procesos de evaluación clínica infantil completos, incompletos y activos

terapéutico.



Por otro lado, en la Figura 9, se presentan las sesiones que corresponden a procesos de evaluación que resultaron en el inicio del proceso de terapia infantil (52; 61.9%), los que no iniciaron, (27; 32.1%), debido a que quedaron incompletos o que los padres optaron por no iniciar el proceso de terapia, y también las sesiones de evaluaciones que siguen activas (5; 6%). Al comparar ambas gráficas, se puede identificar que la mayoría de las sesiones de evaluación correspondientes a procesos completos resultaron en el inicio de un proceso

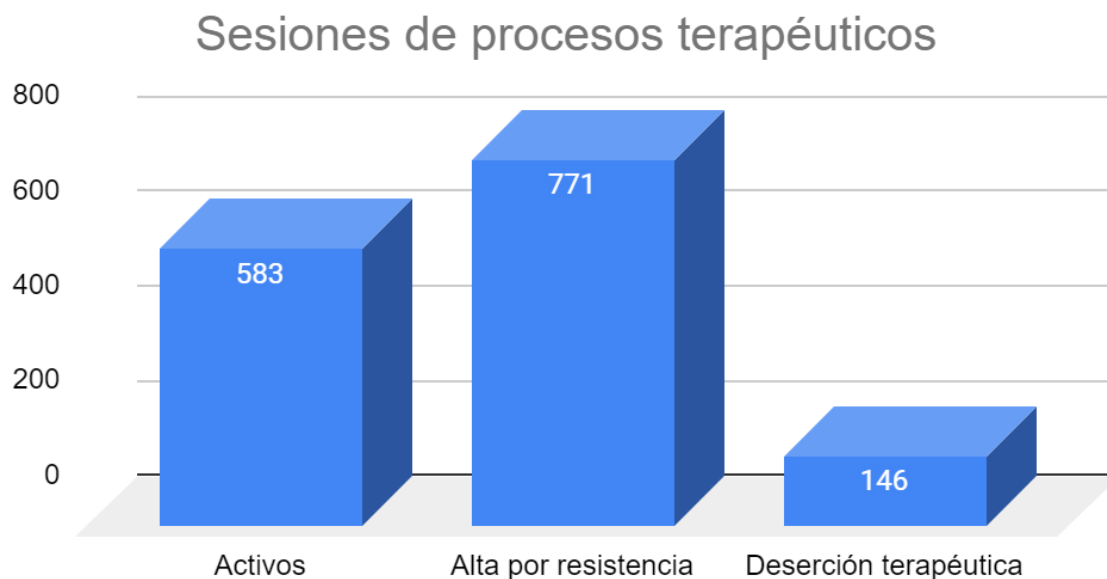
Figura 9. Sesiones correspondientes a procesos de evaluación clínica infantil categorizadas en función de si fueron seguidos o no de proceso de terapia infantil.



En relación a la intervención terapéutica, en la Figura 10 se muestra un total de 1,500 sesiones terapéuticas atendidas durante tres años de experiencia clínica, se presentan en tres categorías, procesos activos (que hasta diciembre del 2020 siguieron asistiendo a terapia), procesos que concluyeron con alta terapéutica por resistencia (es decir, los pacientes dejaron de asistir al proceso terapéutico después de haber asistido al menos a 10 sesiones de terapia) o sesiones que se registran como deserción terapéutica, ya que los pacientes acudieron a menos de 10 sesiones de terapia. En la Figura 10 se observan 583 sesiones que corresponden a procesos activos, cuya duración en promedio es de 53 sesiones, 771 sesiones de procesos de alta por resistencia, los cuales en promedio concluyeron después de 32.13 sesiones, también se observan 146

sesiones, de sesiones que no alcanzaron a considerarse proceso terapéutico, ya que en promedio duraron 4.45 sesiones.

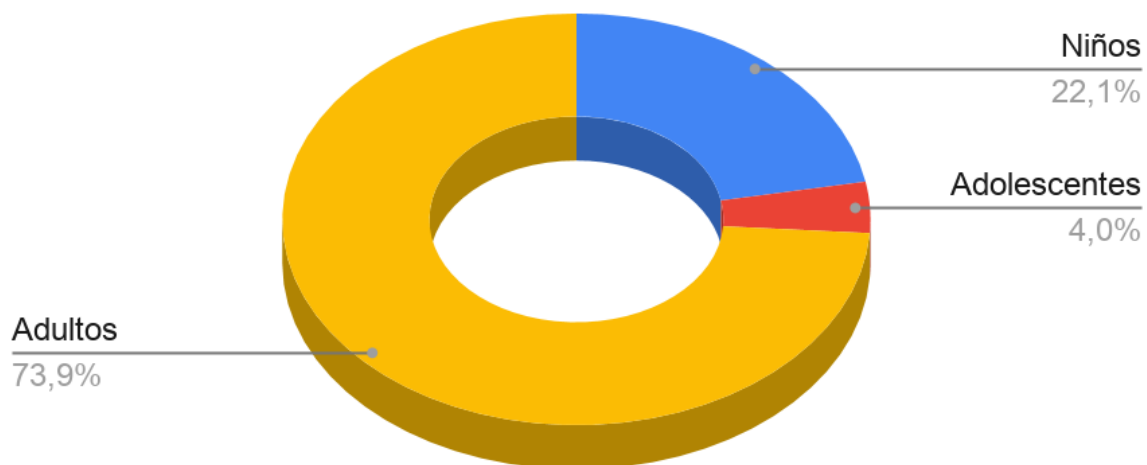
*Figura 10. Sesiones de terapia de procesos activos, altas por resistencia y deserción terapéutica atendidas durante tres años de experiencia clínica*



En la Figura 11, se observa la distribución de 1,500 sesiones de terapia, en función del tipo de proceso terapéutico al que corresponden. Como se observa, la mayor parte de la experiencia clínica es de terapia de adultos, seguido de terapia infantil y terapia de adolescentes.

Figura 11. Experiencia clínica adquirida durante tres años de trabajo, por tipo de proceso terapéutico.

## Sesiones por tipo de proceso terapéutico





## 5. Evaluación crítica de la práctica realizada

El objetivo del presente trabajo es analizar la práctica profesional reportada, en función del proceso de aprendizaje y de inserción al ámbito clínico de la psicología, así como exponer el panorama general del área y del desarrollo profesional de los psicólogos en ésta.

En función del primer objetivo, la evaluación crítica de la práctica profesional se realizará en función de la teoría del Aprendizaje Situado, una visión de construcción social, que propone conceptos para el análisis integral del proceso de aprendizaje de principiantes que se insertan en comunidades de especialistas y conforme se involucran, se hacen parte de ellas. Lave y Wenger (1999) afirman que desde esta perspectiva, la construcción social del mundo sucede de forma cíclica, “las formas objetivas y los sistemas de actividad, por un lado, y las comprensiones subjetivas e intersubjetivas de ellas por los agentes; por otro, constituyen mutuamente el mundo y sus formas experimentadas” (p. 24).

Los autores (Lave y Wenger, 1999) mencionan que las prácticas sociales que nos permiten construir y significar el mundo, están situadas social e históricamente, aquellas que se consideran especializadas tiene un origen y son realizadas por personas diestras, expertas, estas prácticas van transformándose mediante la participación de los miembros de una comunidad especializada, quienes con su hacer, comprenden y transforman la práctica, a la vez que la práctica transforma su identidad, pues después de un proceso de inserción, aprendizaje y evolución de su participación, los define como especialistas en dicha práctica; pero este no es un proceso individual, la comprensión y

transformación de la práctica social, se da en las relaciones que establecen los miembros de la comunidad entre sí.

Los autores (Lave y Wenger, 1999) consideran que la práctica social es el fenómeno primordial y el aprendizaje es sólo una dimensión característica de esta, que, junto con otros componentes, como la Participación Periférica Legítima (PPL), la constituyen integralmente. La PPL, es un concepto que describe el compromiso de una persona en la práctica social en la que decide involucrarse, y se refiere “tanto al desarrollo de la identidad por el conocimiento diestro como a la reproducción y transformación de las comunidades de práctica” (pp. 29); aunque sus términos no pueden ser entendidos por separado, los autores otorgan un bosquejo de lo que quieren decir con cada una de estas palabras. La participación se refiere a las actividades que realiza un individuo, su manera de actuar y relacionarse en la comunidad donde se involucra; la periferialidad, se refiere a que existen diversas formas de estar ubicado en los campos de actividades definidas por la comunidad de especialistas, que van desde aquellas que parecen muy simples y aparentemente irrelevantes (las cuales usualmente son realizadas por los nuevos integrantes de la comunidad) hasta aquellas que requieren mayor pericia y habilidades, e implican mayor esfuerzo y responsabilidades, (realizada por los participantes veteranos de la comunidad). Además, la participación tiene como característica la legitimidad, la cual implica la pertenencia a la comunidad de especialistas y define distintas formas de ser considerado un miembro de ésta.

Desde la teoría del aprendizaje situado, se considera que aprender es volverse capaz de involucrarse en nuevas tareas, actividades y funciones de la

práctica social en la que se participa, es decir, aprender es hacer, ejecutar cada vez más y enfrentarse a nuevas situaciones o actividades dentro del sistema de relaciones que se establece en la comunidad. Este proceso de aprendizaje, tiene como resultado la membresía a la comunidad y el movimiento de posición dentro de la misma; al principio se es un aprendiz, quien a cambio de su trabajo obtiene la oportunidad de aprender mediante la observación y la ejecución de actividades que están al final de la cadena de prioridades y responsabilidades, lo cual permite elucidar la estructura de la práctica social, al conocer cómo se relacionan los veteranos, que recursos y herramientas usan para su práctica e interactuar con el resto de los miembros, al involucrarse cada vez más en la práctica mediante la inversión de tiempo, esfuerzo y compromiso, se desarrollan habilidades y realiza las actividades con más pericia, hasta que se convierte en un veterano, en relación a los nuevos miembros del grupo, de modo que es transformado por los demás y a su vez transforma con su participación. Los autores mencionan que no es un proceso simple, ni lineal, pues aprender implica transformación y cambio, no sólo en la comunidad, también en relación a la identidad de las personas que se insertan en los contextos sociales.

La razón para elegir la teoría del Aprendizaje Situado, es que la práctica profesional a la que hace referencia el presente trabajo, se dio mediante un proceso que se puede describir como una PPL, pues con formación académica, pero sin experiencia clínica, empecé a laborar en una comunidad en la que los psicólogos, participantes veteranos que conformaban la comunidad tenían entre 3 y 11 años de experiencia en la labor terapéutica. La forma de enseñar en Psicología Integral, desde hace 14 años ha sido involucrar a los psicólogos recién egresados o sin experiencia clínica en las actividades propias de un

terapeuta, como dar entrevistas, atender pacientes en terapia, así como aportar la propia perspectiva a los casos de otros terapeutas que se revisan mediante la supervisión clínica, lo cual representa la oportunidad de aprender en la práctica de un escenario clínico real a cambio de la inversión del propio tiempo y esfuerzo.

La estructura de la comunidad permite que los aprendices tengan acceso a las actividades terapéuticas, en un consultorio acreditado en el que se les refieren pacientes desde el primer mes laboral, a cambio de un determinado número de horas de trabajo, no solo terapéutico, también de su colaboración en tareas, aparentemente simples, como comentan Lave y Wenger (1999), pero que forman parte de la estructura que constituye la práctica social situada en un consultorio psicológico del ámbito privado, como cuestiones de aseo principalmente y compras o “mandados”, que tienen que ver el mantenimiento y administración del consultorio. Además, como aprendices, tienen oportunidad de observar dichas funciones que corresponden a los veteranos de la comunidad. Por ello, Psicología Integral puede ubicarse como un contexto en el cual se genera el aprendizaje situado, donde tanto la enseñanza como el aprendizaje se da mediante la co-construcción, tanto en actividades de supervisión como en las sesiones de terapia. Los psicólogos que se inician en el área clínica, se enfrentan con los recursos que tienen, principalmente su formación académica y intuición, a las problemáticas clínicas, usualmente dentro de la sala terapéutica lo hacen solos salvo que entren como coterapeutas de un terapeuta veterano, en terapia de pareja o psicoeducación. Estos escenarios dan la oportunidad de observar las intervenciones de un terapeuta con experiencia “en vivo”, y la supervisión, como actividad fuera de la sala terapéutica, otorgan la ocasión de conocer la

visión de los miembros de la comunidad diestros en la práctica, así como de compartir y enriquecer la propia visión

En la comunidad de psicólogos clínicos descrita, el aprendizaje, se realiza en la actividad terapéutica, conforme se gana, o mejor dicho, se trabaja la experiencia con pacientes, es decir, mediante el involucramiento en nuevas actividades, que reposicionan a los participantes aprendices, su identidad se define por lo que hacen y dado que dan terapia se convierten en terapeuta. Además, su participación se puede extender a actividades administrativas, de creación de contenido y de coordinación, considerando el interés que tengan por entrar en otras áreas de trabajo en el consultorio. Por ejemplo, la experiencia como terapeuta reportada en el presente trabajo ha transformado a la autora en socia del consultorio de Psicología Integral, enfrentándose a nuevas problemáticas de la comunidad y retos personales, que implican un posicionamiento distinto al que se requería en los primeros años, así como responsabilidades adicionales, tal como lo comentan Lave y Wenger (1999), que sucede a mayor involucramiento en la práctica social.

### **5.1. Transformación de la visión de la práctica psicológica en el área clínica**

A tres años de experiencia, es posible confirmar a partir de una vivencia subjetiva, lo que sugiere Lave y Wenger (1999), sobre que la participación en un contexto social especializado permite comprender de una manera distinta la práctica social de la que se es parte, así como desarrollar una visión tanto de sus complicaciones como de aquello que el trabajo y el aprendizaje requiere para mejorar en las funciones que se realizan en el área.

Con respecto al primer punto, es importante mencionar que al concluir la formación académica como psicólogos es normal tener una visión sobre el área clínica idealizada, en la que creemos que los fenómenos psicológicos los vamos a encontrar de la misma forma como los conocemos teóricamente, o llegamos a considerar que están listos para dar terapia, e incluso un tipo específico de terapia, porque toda su formación teórica se centró en una visión específica. Al llegar a un contexto de práctica clínica en el ámbito real, nos enfrentamos a la necesidad de seguir procedimientos y objetivos, así como usar herramientas de los cuales ningún docente nos habló, aspectos que influyen en la efectividad o inefectividad de una entrevista, sesión o intervención, y la efectividad de estas actividades, que generalmente, tienen que ver con la capacidad de dejar fuera de la sala tu historia, meterte dispuesto a ser un espejo, realizar una escucha centrada en lo que le sucede al paciente, y sobre todo aprender a llevar el ritmo del proceso, sin adelantarnos a fases posteriores o estancarnos en una.

Estos aspectos prácticos de los procesos terapéuticos se aprenden en la práctica de la psicología clínica, dando sesiones, llevando a supervisión los casos, escuchando a otros terapeutas sobre las herramientas que les han funcionado en casos o situaciones similares, pero no son los más complicados. Además de esos conocimientos prácticos cuya aplicación, errores y análisis acercan al aprendiz a un manejo diestro de la terapia, el terapeuta principiante se enfrenta a su propia ansiedad, proveniente de la inexperiencia y de las ideas, en su mayoría equivocadas que tenemos de la terapia y del papel del terapeuta.

Por ejemplo, al iniciar, solemos ser terapeutas impacientes, no llevamos ni 2 o 5 sesiones ni conocemos la historia del paciente y empezamos a buscar

inmediatamente la técnica que se encuentra en nuestro manual se identifica con la problemática que el paciente describe, sin tener la información suficiente para confirmar que se trata de la problemática que estamos pensando. Solemos también pensar, tanto dentro de la sala terapéutica como fuera de ella, qué vamos a decir o hacer la próxima sesión, tenemos estructurado el guión en nuestro pensamiento o incluso en concreto, pero en muchas ocasiones nos encontramos que el paciente viene con un discurso, actitud o problemática totalmente diferente, que algunas cosas que eran prioridad para él dejaron de serlo porque al desahogar sus sensaciones en la entrevista o en las primeras sesiones pudo ver otros aspectos que también son relevantes, o que simplemente no realizó la tarea que le pedimos que hiciera. Otra de las primeras cosas que se enfrentan como terapeuta aprendiz es que ningún manual dice qué hacer si el paciente se desmorona contándote su historia, o qué hacer si su historia tiene algunas similitudes con la tuya, lo cual, si no se separa puede peligrar la escucha del terapeuta hacia el paciente. Por estas y muchas más situaciones que no se acabarían de ejemplificar en este apartado, el terapeuta se enfrenta a que dentro de la sesión primero tiene que manejar sus sensaciones para poder ayudar al paciente a escuchar las suyas, y animarse a hacer algo con ellas.

Al insertarse en el área clínica, hay que tener presente que aquellos conflictos psicológicos, aquellas complicaciones, carencias y visiones que vemos en el paciente, tarde o temprano nos harán ver nuestros propios conflictos, carencias, entender no sólo las dinámicas, si no pinceladas de nuestra propia historia, y si no buscamos una forma de mover lo que estemos viendo y sintiendo

podemos perdernos en ello y tener complicaciones en nuestra práctica profesional.

Es necesario tener cierta congruencia con nosotros mismos, y buscar herramientas que nos permitan mover y cuestionar lo que nos está sucediendo dentro de la sala terapéutica como en la vida personal. Dos herramientas importantes para mover nuestras sensaciones son, tener un proceso propio de terapia y el espacio de supervisión clínica, si bien tienen objetivos distintos, tanto ante nuestro terapeuta como ante el supervisor es necesario aceptar cierta vulnerabilidad. En supervisión clínica es necesario que el estudiante cuente su historia, lo cual no suele ser sencillo; como comenta Villafuente, (2016), la supervisión tiene función restauradora, es un espacio es donde el psicólogo puede mover sus propios conflictos sin resolver y que la historia del paciente le refleja, de no hacerlo, es muy probable que estos lo lleven a perder su posición co-constructiva ante el paciente o perder de vista el objetivo del proceso. Aquí la importancia de la supervisión, de tener consciencia que hay otros terapeutas que nos pueden ayudar a separar nuestras complicaciones personales del caso, para concentrarnos en nuestra labor terapéutica.

Además, de las complicaciones personales existen las que son propias del crecimiento profesional, ya que este no suele ser lineal; en ocasiones mientras más experiencia se tenga se hace más complicada la labor terapéutica, ya que como mencionan (Vainer, Sotolano, Slemenson, 2007), la visión neoliberal que predomina del conocimiento, específicamente la “fuerte valorización de la eficacia, medida en tiempos cortos, en todos los ámbitos y relacionada con la demostrabilidad de la producción de cambios”, así como la



inmediatez con la que se espera resultados a un costo menor en esfuerzo y económico, puede permear nuestra visión y posición como terapeutas, ya sea que creamos “saber” qué ocurre en el caso o creer que a pesar de la experiencia adquirida no se encuentra esa experticia con la inmediatez, demostrabilidad y certeza que solemos buscar como sociedad. Ambas visiones son complicadas y usualmente erróneas, pues caen en un esquema de supuesto saber, ya sea porque lo tenemos o no, el resultado en ambos casos es que se complica el mejoramiento de la labor clínica; si estos conflictos se niegan o se evaden, el ambiente de colaboración y apertura en la comunidad de práctica se complica y se pueden presentar resistencias a la supervisión, provocando que deje de ser fructífera para el crecimiento profesional de ambas partes.

## **5.2. Crecimiento en la práctica social de ejercer la psicología clínica**

Las complicaciones mencionadas anteriormente, son las que conlleva la labor terapéutica, lo cual, desde un punto de vista subjetivo, considero que tienen mucho que ver con la deserción de terapeutas que no logran mantenerse en el área clínica. Esta aseveración no es solo una interpretación subjetiva, cuantitativamente, se puede observar en el apartado de resultados, al comparar las Figuras 1, 2 y 3, que son pocos los terapeutas que se mantienen en el área clínica de la psicología, incluso aquellos que cumplieron con el tiempo que se comprometieron a laborar y tuvieron un desempeño cercano al promedio decidieron no continuar más tiempo en el consultorio. La mayoría de los terapeutas ha desertado para dedicarse a otra área de la psicología, este fenómeno de deserción se puede relacionar con lo que se citó en los

antecedentes teóricos del presente trabajo sobre el poco personal de salud mental con el que contamos en México, al respecto Rentería (2018) menciona que en el país hay 0.19 terapeutas por cada 100,000 habitantes. Esto conlleva a cuestionar qué se necesita para crecer y mantenerse en el área clínica.

Es importante tener congruencia con la labor terapéutica, en función de aceptar una vulnerabilidad propia en algunos espacios. Lave y Wenger (1999), comentan que el aprendizaje de una comunidad necesita compromiso, inversión del tiempo y de esfuerzo para involucrarse cada vez más en las actividades de la práctica, moverse en la periferia hacia una práctica más completa. Lo que se puede observar en el área clínica de la psicología, al menos en el contexto de Psicología Integral, como comunidad de aprendizaje, es que, a mayor compromiso, inversión de tiempo, e interés del terapeuta, no solo que va iniciando, sino aquel que quiere mantenerse, mayor es el rendimiento terapéutico.

También se necesita tolerancia a la frustración, para que, a pesar de las complicaciones que conlleva la práctica clínica se busque la forma de enfrentarlas y usarlas a favor del terapeuta en su práctica con el paciente, así como evitar estancarse en aquello que no está en las manos del terapeuta. Por ello, la visión de la terapia como una herramienta permite vislumbrar que el cambio no depende del terapeuta, ni de la terapia, sino del paciente, aunque, esto no implica que no se busque hacer el mejor trabajo posible, para ofrecer una herramienta de calidad a aquél que la quiera usar. Respecto a los terapeutas que luego de su primer año de experiencia siguieron creciendo terapéuticamente, incluyendo a la autora del presente trabajo, en función de las

horas de experiencia que adquirieron en sus siguientes años (Figura4) se puede sugerir que tuvieron estos elementos para mantenerse en el área clínica, y que, por definición, de acuerdo a la PPL, aprendieron al tener un mayor involucramiento en las actividades integrales del consultorio durante al menos tres años.

Al trabajar en un ámbito privado, el terapeuta debe asimilar las implicaciones que estas tienen con respecto a la variabilidad de horarios e ingresos, así como la proporción del ingreso con relación a la mejora del trabajo terapéutico, cosa que en otras áreas de la psicología no sucede de esa forma. Además, si se comienza no en una comunidad ya establecida, sino en un consultorio propio, se tendrá que tomar en cuenta la inversión de estos recursos en la publicidad y la acreditación del consultorio. Al respecto, en Psicología Integral se observa un fenómeno que ejemplifica cómo esta inversión influye en el desempeño; como se observa en la Figura 4, las primeras generaciones tuvieron un desempeño menor en comparación con la media, pero fueron los que se enfrentaron a su labor clínica en un consultorio que no estaba acreditado y con supervisión externa.

Las generaciones posteriores, contaron con otros recursos, como un consultorio privado con mayor acreditación y supervisores internos (que formaban parte de Psicología Integral) quienes para el momento en que se convirtieron en veteranos tenían mucha más experiencia clínica que al principio. Hasta el momento permanecen como socios y supervisores, los terapeutas 1, 29, 46 y 55, lo cual implica que las generaciones actuales cuentan con mayores recursos y probablemente en sus primeros años obtengan un rendimiento mayor,

respecto al número de sesiones en sus primeros años de experiencia clínica, como se muestra que ha sucedido en la gráfica. Estos son solo algunos factores que van a influir en la práctica de los terapeutas, sin embargo, el desempeño de cada uno y su crecimiento sigue teniendo factores internos, es decir, su aprendizaje y mejora de la práctica clínica se debe también a los recursos que cada uno invierte.

### **5.3. Evaluación de la práctica en función de los criterios de la comunidad**

En el ámbito de la psicología clínica, la práctica terapéutica como práctica situada, tiene un contexto histórico y social, el cual fue desglosado en uno de los apartados de este trabajo, nuestro conocimiento, tanto teórico como técnico, es construido mediante las comunidades de psicólogos, no solo los que se desempeñan en el área clínica, también aquellos que con su práctica, contribuyen a la canalización, conocimiento y manejo de los problemas clínicos, así mismo, nuestro actuar, también está situada por condiciones sociales, pues estas enmarcan la visión que nuestra comunidad de psicólogos y terapeutas tiene sobre cómo abordar cada situación que el paciente nos trae a consulta, así como los parámetros para evaluar nuestra propia práctica.

Gran parte del trabajo terapéutico se concentra en sesiones que corresponden a procesos que terminaron, debido a que el paciente dejó de asistir, después de al menos 10 sesiones. El significado de estos términos de proceso, no se interpreta como deserción terapéutica, porque, como mencionan Vainer, Sotolano y Slemenson, (2007), la interrupción del proceso implica la terminación de una etapa de este, y ocurren cuando el balance para el paciente

deja de justificar la continuación. En la práctica clínica real, nos encontramos con que pocos procesos terapéuticos llegan al término de todas las etapas de este, planteadas en función de los objetivos que usualmente se plantean de forma encadenada.

Los autores mencionan que varios factores pueden influir en que el proceso termine en una etapa y no se lleguen a cubrir todos los objetivos, como son; el decremento del grado de sufrimiento psíquico, “el costo en tiempo, dedicación y dinero que le requiera al paciente” y la tolerancia a la percepción de la “dependencia, es decir, cuando el paciente quiere intentar “mantenerse bien” sin tomar terapia. Los autores mencionan, cuando la psicoterapia fue exitosa, lo cual puede referirse a que se cumplió algún objetivo, es probable que el paciente vuelva a terapia, con el mismo u otro terapeuta, incluso el mismo motivo de consulta u otro diferente, para continuar con las etapas que siguen de su proceso; esto implica que la terapia se significa como una herramienta a la cual se puede recurrir en momentos en los que se necesita ayuda. Por lo anterior, un proceso que termina en una etapa anterior a la etapa de cierre del proceso, se considera trabajo terapéutico exitoso, en el sentido de que se trabajó algo de lo que el paciente quería y ayudó a disminuir su dolor. Nacio (2007) sugiere que el trabajo terapéutico tiene como objetivo disminuir el dolor psíquico, por lo que considera que aquellos casos en los que los pacientes se van mejor de lo que llegaron, son casos en los que su trabajo ayudó a otro. Respecto a la práctica clínica reportada en el presente trabajo, como se puede observar en la Figura 8, que la mayoría de las sesiones corresponden a un trabajo terapéutico que han concluido (771; 51,4%) o continúan en una etapa intermedia del proceso (583 sesiones; 38,9%), se puede considerar trabajo terapéutico fructífero, pues con

una media de 32.13 (altas por resistencia) y 53 sesiones (procesos activos), refieren trabajo terapéutico en etapas avanzadas del proceso.

Al respecto de aquellas sesiones que no llegaron a ser parte de un proceso terapéutico (146; 9,7%), debido a que en 4.45 sesiones en promedio, no es posible cumplir un objetivo en terapia, es pertinente recuperar lo que Nasio (citado en Ranzani y Lifzyc, 2017) advierte, sobre la inexistencia de un tratamiento que mejore a todo el mundo y lo haga completamente, el autor señala que la mejor actitud terapéutica que ha visto en más de 50 años de experiencia clínica, es “que el 60 por ciento de los pacientes que uno recibe se mejore, ya el 60 por ciento es formidable. Y no podemos decir que uno cura enteramente al paciente”, es decir, que en un 40% aproximadamente, de los casos, no será posible ver una mejora. Con base en estos criterios que miembros de la comunidad de terapeutas e investigadores, han reportado sobre los resultados que se pueden esperar en la labor terapéutica, se considera que la práctica profesional, en relación al desempeño terapéutico, está dentro de los parámetros identificados como exitosos, al tener un porcentaje de 47,0% de casos con los cuales no se pudo trabajar ningún objetivo, debido a que abandonaron el proceso, por ende, no es posible considerar una mejora relacionada con el proceso terapéutico.

En la actividad profesional, en términos del involucramiento creciente en las actividades de la comunidad, que requiere la práctica social, se considera que el aprendizaje fue desarrollado, en el sentido que las actividades que realizó han incrementado, tanto en términos de desempeño como terapeuta como en relación a la variedad de actividades relacionadas al consultorio. Mi

involucramiento, ha implicado realizar actividades de administración, que incluyen la colaboración de la contabilidad diaria de los pagos y encargarme de la contabilidad de pagos que se hacen de manera electrónica, así como de la supervisión del mantenimiento y aseo del consultorio, respecto a las funciones de difusión, estoy a cargo de la supervisión de las redes sociales del consultorio, y en referencia a la función de evaluación, soy el primer filtro en la supervisión de las evaluaciones clínicas infantiles que realizan los terapeutas “principiantes” de la comunidad. Por lo anterior, se considera que tanto la participación en la práctica social del consultorio, como la identidad como terapeuta ha evolucionado conforme el aprendizaje ha tenido lugar en mi práctica profesional.

Hay algunos aspectos, de mi identidad como terapeuta que son necesarios trabajar aún, como el posicionamiento como una terapeuta “veterana”, que implica mayores responsabilidades y la toma de decisiones que afectan a todos los miembros de la comunidad. Lave y Wenger (1999) afirman que el aprendizaje no es lineal, ni tampoco existe una práctica “completa”, pues hay líneas de acción para explorar nuevas actividades, nuevas responsabilidades y retos, dentro de la práctica social, por lo que es un proceso interminable, el actor social esté interesado en buscar aprender. Al respecto, considero que algunas líneas de acción que me falta explorar es guiar las sesiones de terapia de pareja, aunque he sido coterapeuta no he estado como terapeuta principal. Otro aspecto, es mi actividad como supervisora, que tiene que ver con ubicarme en la comunidad como una terapeuta con 1,659 sesiones con la posibilidad de colaborar con mi visión a aquellas generaciones de terapeutas que siguen.

## Conclusiones

A partir de los resultados, tanto a nivel comparativo de los terapeutas como de la evaluación de la actividad profesional realizada, se puede concluir en primera instancia, que las comunidades de práctica, en las cuales el terapeuta puede insertarse en el ámbito clínico son necesarias. Es pertinente mencionar la complicación que los psicólogos enfrentamos al querer entrar al área clínica y encontrarnos con requisitos complicados de cubrir, la mayoría de las instituciones solicitan un posgrado o experiencia comprobable, y en algunas instituciones se da acceso a los psicólogos recién egresados a una periferia que no va más allá de las tareas simples, es decir, la práctica de la actividad terapéutica como tal, no sucede. Ante este panorama, muchos psicólogos optan por establecer su propio consultorio, pero enfrentan otro tipo de complicaciones, como las que mencionamos en el apartado anterior, al tener que acreditarse mediante un trabajo de calidad, antes de tener un ingreso estable dando terapia. En el ámbito escolar, así como la simulación de la práctica clínica no es suficiente para enfrentar la práctica real, tampoco se enseñan conocimientos relacionados con la administración de un consultorio privado.

A partir del análisis presentado sobre el desempeño de los terapeutas cuando tienen expertos que los orientan, les enseñan, no solo la labor terapéutica sino de mantenimiento y administración de un consultorio, se considera que es posible que las comunidades de práctica sean un escenario viable para la inserción de los psicólogos que aspiran a ser terapeutas. Estas comunidades son escasas, no solo por la poca oferta laboral en el área, también porque como reporta Villafuerte (2016), la supervisión clínica en México,



actividad que podría generar grupos de psicólogos que constituyan las comunidades de práctica, al interconectar terapeutas con diferentes niveles de experiencia y de aprendizaje, es una práctica/herramienta poco utilizada y estructurada. Se considera que es necesaria la utilización de las herramientas que nos acerquen a abrir la comunicación con otros profesionales, para que ya sea que se trabaje en equipo, como en el caso de Psicología Integral, o de forma individual, se mantengan las actividades que requieren de la comunidad, y que enriquecen el conocimiento técnico-práctico, como son la participación en áreas de investigación y difusión del trabajo clínico.

Respecto a lo que se requiere para insertarse y mantenerse en el área clínica, es posible afirmar, es conveniente que el terapeuta novato asuma una posición de aprendiz, que por lo que he escuchado de los colegas en el ámbito, como profesionistas solemos subestimar esta posición, creemos que al estar en el campo laboral tenemos que ser considerados expertos, y quizá esto deba suceder ante el paciente, en nuestra posición de terapeutas, pero, en la comunidad con nuestros colegas es necesario buscar la supervisión y guía de colegas con mayor experiencia. Lave y Wenger (199) advierten que ser considerados inexpertos ante nuevas actividades es un “bien”, algo deseable, en el sentido que buscar nuevos retos nos permite seguir creciendo profesionalmente.

Además, de mayor comunicación con los colegas, terapeutas, es necesaria la difusión del trabajo terapéutico, no solo hacia las comunidades de práctica, también hacia las generaciones que todavía no definen hacia qué área quieren enfocar su labor profesional o incluso, aquellos que desean insertarse

en el área clínica, pero que probablemente tienen una visión idealizada de la labor terapéutica, y que quizá como las generaciones anteriores, al toparse con la realidad del ámbito. Es necesario cuestionar qué tanto la estructura y dinámicas escolares, las simulaciones de la práctica clínica que tienen lugar en esta, están vinculadas con una visión real de la práctica, que desde mi experiencia en formación académica se podría responder con un no. El hecho de que los estudiantes y aspirantes a terapeutas no tengan claro a qué se van a enfrentar quizá tenga que ver con la deserción que hay en el área, en el mejor de los casos dedicándose a otra área de la psicología, y usualmente en puestos de trabajo que nada tienen que ver con la disciplina psicológica.

De manera adicional a la conexión que es conveniente fomentar entre formación académica y formación en comunidades de práctica, se considera importante que aquellos terapeutas con experiencia difundan su trabajo, para que los que vienen puedan tomar una decisión con mayor información, desde la visión de aquellos que se encuentran en el ámbito real. Las consecuencias de que no haya un compromiso con el área, por parte de aquellos que se encuentran con algo diferente a lo que se imaginaban, no solo es una sociedad con un porcentaje de 0.19 terapeutas por cada 100,000 habitantes, sino el enfrentamiento del paciente al abandono de su terapeuta cuando este cambia de área, trabajo o disciplina laboral; evitar este panorama en la medida de lo posible es una responsabilidad ética de la comunidad de clínicos.

Además, la difusión del trabajo clínico puede contrarrestar el peso que se le da a las estructuras académicas en contraparte del aprendizaje situado, es decir, en el involucramiento de las actividades terapéuticas que se requieren ante

la realidad social y la demanda del paciente. De lo contrario, seguirá pesando más una estructura escolar, en la que los psicólogos se enfrentan a un libro en lugar de a un paciente. Esto no quiere decir que debemos demeritar los posgrados, pero sí que debemos vincular de forma más temprana la formación académica con la realidad social, pues los pacientes que sufren psíquicamente no esperan a que terminemos de estudiarlos. Una actitud terapéutica, busca entender la problemática y también hacer algo al respecto, probablemente es el movimiento que necesitamos como comunidad de psicólogos para empezar a recibir el reconocimiento que en ocasiones tanto se exige a la sociedad, pero a quienes en realidad no estamos atendiendo, no mientras sigamos siendo tan pocos terapeutas ante una demanda social tan grande de bienestar.

Por último, considero importante afirmar que no es sencillo mantenerse en el área clínica, pero es posible enfrentarse a ella si se tiene interés en servir al otro, considerarse una herramienta, ponernos en una posición donde el protagonista dentro de la sala no somos nosotros, sino el paciente, así como un deseo de aprender sin querer toparnos con un límite, pues cada caso es distinto, tanto de lado del paciente y su historia, como de nuestro lado, al tener a una persona distinta enfrente o, con un mismo paciente, tenerlo enfrente en momentos distintos, nuestras intervenciones no son replicables. Para la labor terapéutica, lo más necesario para insertarse en la práctica clínica es la pasión, la vocación y el permitirse cambiar, tanto de posición dentro de una comunidad de terapeutas, como nuestras formas de actuar a los retos que los pacientes nos ponen de frente.

## Referencias

- Alcántara, M. G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), pp. 93-107
- Anzola, L. A. (2005). Psicología clínica: funciones y aportes a la pedagogía. *Revista Ciencias de la Educación*, 5(2), pp. 143-153.
- American Psychology Association. (2008). Discover the 54 Divisions of APA. Recuperado en Julio 2021, de <https://www.apadivisions.org/>
- Belloch, F. A. (2008). Psicología y Psicología Clínica: Sobre Árboles y Ramas. *Análisis y modificación de conducta*, 34, pp 67 – 93.
- Bernstein, D. A. y Nietzel, M. T. (1982) . Introducción a la psicología clínica. Editorial McGraw-Hill.
- García, G. E. (2014). Psicología General. Editorial Patria. Cap. 1 Introducción al concepto de Psicología.
- García-López, L., Piqueas, J., Rivero, R., Ramos, V. y Oblitas G. (2008). Panorama de la Psicología y de la Salud
- Gómez, M. y Peláez, G. (2015). Modalidades de intervención de los psicólogos clínicos en Medellín, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 73-83.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2017). “Estadísticas a propósito del día de muertos”. Recuperado de

[http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017\\_Nal.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf)

Lave, J. y Wenger, E. (1999). Aprendizaje situado. Participación periférica legítima. Traducción de Raúl Ortega Ramírez. (2015). México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Lucio, E. y Heredia M- (2014). Psicopatología, riesgo y tratamiento de los problemas infantiles. México: Manual Moderno. Capítulo 1, 2 y 3.

Muniz, A. (2018). De la evaluación a la intervención, una mirada compleja sobre la práctica clínica. Intervenciones en psicología clínica. En Muniz. *Herramientas para la evaluación y el diagnóstico*. (pp. 117-119). Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República, Uruguay.

Ranzani, O. y Lifzyc, A. (3, de agosto de 2017). *“Lo que cura es la relación entre un analista y su paciente”*. Entrevista a Juan David Nasio, prestigioso psiquiatra y psicoanalista argentino. Pagina 12. Recuperado el 15 de Marzo del 2020 de <https://www.pagina12.com.ar/54067-lo-que-cura-es-la-relacion-entre-un-analista-y-su-paciente>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición. Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Payne, M. (2002). Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales. Paidós: México. Capítulo 1 y 2.

- Peña, C. T. (2009). La formación en investigación en Psicología. En: Investigación, formación y prácticas psicológicas. Coord. Claudio Carpio. México, Universidad Autónoma de México.
- Peña, T. G. y Cañoto, R. Y. (2018). Introducción a la psicología general. AB Ediciones. Capítulo 1. La psicología: noción e historia
- Rentería, R. E., (2018). Salud mental en México. INCyTU,7. Recuperado de [https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU\\_18-007.pdf](https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf)
- Ribes, I. E., Fernández, G. C., Rueda, B. M. y López, V. F. (1986). Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral. (2da edición). Editorial Trillas: México, D.F.
- Siciliani, J. M. (2014). Contar según Jerome Bruner. Itinerario Educativo, 23(63), pp. 31-59.
- Soriano, A. (2004). Consideraciones sobre la actitud terapéutica en la atención a los adolescentes. Psicopatología y salud mental,4. pp, 81 - 90. Recuperado de [www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/03/Soriano-Asuncion-4.pdf](http://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/03/Soriano-Asuncion-4.pdf)
- SUIVE, DGE. (2017). Morbilidad por grupo de edad. Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos. Consultado en [www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad\\_grupo.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html)

- Tárraga, S. M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7(3), pp. 68- 76. Recuperado de [eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/04/Tarragona-margarita-la-supervision-desde-una-perspectiva-posmoderna.pdf](http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/04/Tarragona-margarita-la-supervision-desde-una-perspectiva-posmoderna.pdf)
- Vainer, Sotolano, Slemenson. (2007) Interrupciones de los Análisis. *Topia*. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/interrupciones-de-los-an%C3%A1lisis>
- Villafuente, M. A. (2016). La práctica de la supervisión clínica en México: Una Actividad Profesional en Desarrollo. *Multidisciplinary Health Research*, 1(2), pp. 43-46). Recuperado de [www.researchgate.net/publication/339159731\\_La\\_practica\\_de\\_la\\_supervision\\_clinica\\_en\\_Mexico\\_Una\\_actividad\\_profesional\\_en\\_desarrollo\\_Counseling\\_supervision\\_in\\_Mexico\\_A\\_professional\\_activity\\_under\\_progress](http://www.researchgate.net/publication/339159731_La_practica_de_la_supervision_clinica_en_Mexico_Una_actividad_profesional_en_desarrollo_Counseling_supervision_in_Mexico_A_professional_activity_under_progress)
- Zas, B. (2013). La supervisión psicológica: gestionando la calidad de las relaciones profesionales de ayuda psicológica. *Integración Académica en Psicología*, 1(1), 72 - 81. Extraído el 27 de enero, 2014 de <http://www.integracion-academica.org/8-volumen-1-numero-1-2013/3-integracion-academica-en-psicologia-volumen-1-numero-1-2013>
- Zunini, P. (22 de Febrero de 2019). *Luciano Lutereau: “Mi generación es la de los que han tenido hijos sin dejar de ser hijos”*. Infobae. Recuperado el 11 de Septiembre, 2019). Recuperado de <https://www.infobae.com/grandes-libros/2019/02/22/luciano-lutereau-mi-generacion-es-la-de-los-que-han-tenido-hijos-sin-dejar-de-ser-hijos/>