



Psicología Iberoamericana
ISSN: 1405-0943
revista.psicologia@ibero.mx
Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Vallejo Samudio, Álvaro Roberto
FACTORES INFLUYENTES EN LA EFICACIA DE LOS PROCESOS
PSICOTERAPÉUTICOS EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS INSTITUCIONALES
Psicología Iberoamericana, vol. 25, núm. 1, enero-junio, 2017, pp. 58-67
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133957571007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

FACTORES INFLUYENTES EN LA EFICACIA DE LOS PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS INSTITUCIONALES

INFLUENCING FACTORS IN THE EFFICACY OF PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESSES IN INSTITUTIONAL CLINICAL PRACTICES

Álvaro Roberto Vallejo Samudio¹

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DEL TOLIMA, IBAGUÉ (COLOMBIA)

RESUMEN

Este artículo dimensiona y enfatiza la complejidad de los factores (Consultante, Estudiante en práctica clínica e Institución) que se encuentran presentes en las prácticas clínicas en psicología, de los estudiantes de pregrado y de posgrado, factores que no se pueden soslayar y que están compuestos por variables que problematizan la formación de los futuros psicólogos clínicos. El autor invita a la reflexión sobre la importancia y las implicaciones que tienen cada uno de estos factores en las prácticas clínicas, cómo se influyen y mixturán, y sobre cómo su desconocimiento reactiva conflictos personales en los futuros clínicos y genera prácticas que no cumplen con los objetivos para las que fueron creadas.

Palabras clave: psicoterapia, consultante, psicoterapeuta, institución, práctica clínica

ABSTRACT

This article gauges and emphasizes the complexity of factors (Consultant, Student in clinical practice and Institution) presents in the psychological clinical practices of undergraduate and postgraduate students that cannot be ignored and which are composed of various variables that problematize the training of future clinical psychologists. The author invites readers to reflect on the importance and implications of each of these factors to clinical practice, how they influence and blend, and how a lack of appreciation of those factors reactivates personal conflicts in future clinics and generates practices that fail to lead to the objectives they were intended to deliver.

Keywords: *psychotherapy, consultant, psychotherapist, institution, clinical practice*

Fecha de recepción: 30 de abril de 2016
Fecha de aceptación: 7 de octubre de 2016

¹ Correspondencia: Álvaro Roberto Vallejo Samudio, Ph.D. Universidad del Tolima. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública. E-Mail: arvallejos@ut.edu.co

El presente artículo busca poner sobre la mesa de discusión la importancia y la complejidad de los factores que están inmersos en los procesos psicoterapéuticos, a saber: Consultante, Psicoterapeuta (en este caso el estudiante en prácticas de formación), y la Institución; y cómo éstos al interrelacionarse pueden oscurecer la comprensión de los procesos terapéuticos en las prácticas clínicas que llevan a cabo los estudiantes en formación en pregrado y posgrado.

Los estudiantes de psicología, en más de una ocasión, cuando inician sus prácticas profesionales se encuentran angustiados y desorientados al enfrentarse a su primera experiencia en la práctica clínica. El afrontar la realidad del dolor humano hace que los futuros psicólogos pierdan de vista las recomendaciones y sugerencias recibidas de sus docentes, junto con las bases conceptuales que trabajaron con ellos. Esas primeras experiencias frente a sus consultantes les generan sentimientos encontrados de temor, sorpresa, culpa, vergüenza y “un no saber qué hacer” con las personas que les son remitidas para su atención.

En ocasiones, la falta de experiencia y la novedad de la situación les hacen asumir actitudes y posiciones defensivas que, en lugar de aclararles el camino, lo oscurecen más. En otros casos, se reactivan situaciones conflictivas personales que, en casos graves, llevan a los practicantes a parálisis emocionales, presencia de síntomas somáticos y reactivación de núcleos depresivos, ansiógenos y obsesivos. En razón de ello, es necesaria una reflexión sobre los diferentes factores que intervienen y hacen complejos los procesos psicoterapéuticos de cualquier índole en las instituciones donde los estudiantes de pregrado o posgrado hacen su práctica clínica (hospitales, centros médicos, clínicas, centros de rehabilitación, colegios, hogares infantiles, correccionales, cárceles, etcétera).

Este artículo es una reflexión teórica que se basa en diecisiete años de experiencia en la supervisión clínica de casos de estudiantes de la licenciatura en Psicología, en diferentes instituciones de Colombia (Hospital Universitario del Valle, Batallón Pichincha, Cárcel del Buen Pastor, Clínica Imbanaco, Instituto Oskar Scarpetta, Servicio de Atención Psicológica de la Universidad Nacional, Institución “Chiquitines”, Colegio Lacordaire, entre otras) asociadas a diferentes universidades (Universidad Nacional de Colombia, Universi-

dad Javeriana de Cali y Universidad San Buenaventura Cali).

LOS FACTORES QUE COMPLEJIZAN LOS PROCESOS PSICOTERAPÉUTICOS EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Hoy en día la psicología clínica tiene un terreno ganado en el ambiente de las instituciones que se dedican al cuidado de la salud mental y corporal. Tal vez no es tan amplio como la psicología clínica se merece, pero sí más reconocido que en el siglo pasado. Ello se debe, en gran parte, a una mayor concientización de los profesionales de la salud, que han reconocido que el restablecimiento de ésta, en cualquier persona, requiere un trabajo interdisciplinar de varias especialidades.

Las prácticas clínicas de estudiantes de psicología en diferentes instituciones, con misiones y visiones disímiles (hospitales, cárceles, colegios, centros de rehabilitación, etcétera), tienen como objetivo prioritario intervenir, facilitar y coadyuvar a que los sujetos sobre los que se realizan las prácticas, puedan encontrar apoyo y espacios de reflexión y resignificación de aquellas problemáticas que les angustian, deprimen o inquietan, y que demandan de la “ayuda” de un tercero para su comprensión y posible solución.

Si nos preguntamos sobre la efectividad de las prácticas clínicas que realizan los estudiantes de psicología en las instituciones, entramos en un complejo debate sobre la certeza de los procesos terapéuticos que ellos hacen y, en caso de que produzca efectos o no, qué factores personales o técnicos los posibilitaron o bloquearon. En la investigación actual no existe consenso sobre qué hace efectivo a un determinado proceso psicoterapéutico; para algunos autores será fundamental la alianza terapéutica que se genere en la dupla psicoterapeuta-consultante (Corbella & Botella, 2003; Jiménez, 2005a, 2005b); para otros, las intervenciones técnicas desde las cuales el psicoterapeuta trabaja (Braier, 1980; Coderch, 1987; Fiorini, 1999); según otros, la clave será el procedimiento y la implementación de las diferentes fases del mismo por un clínico experto, y de esta postulación surgen los Tratamientos Empíricamente Validados, o las Prácticas Basadas en la Evidencia (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000); en cambio, otros autores correlacionan la duración

del proceso con la eficacia del mismo (Bellak & Siegel, 1986).

Algunos autores, como Cruz (2009), se enfocan más en la perspectiva de uno de los factores (el terapeuta); en este sentido, el autor plantea en términos generales cuáles deberían ser los tres niveles que se deben tener en cuenta en el proceso de formación de un terapeuta, a saber: *a)* conocimiento del modelo conceptual al que se adscribe; *b)* el aprendizaje práctico, y *c)* el conocimiento personal que desarrolle el terapeuta de sí mismo en el proceso de formación. Consideramos valioso el aporte que hace Cruz, pero resaltamos que es necesario no soslayar los otros dos factores (institución y consultante), ya que están inmersos e inciden en los procesos terapéuticos y en la formación de los nuevos terapeutas. La complejidad del tema la evoca Vallejo (2011) cuando plantea:

Cuando se presentan resultados de procesos de intervención psicoterapéutica, es importante tener en cuenta que las investigaciones dedicadas a tratar de evaluar los efectos psicoterapéuticos de determinadas modalidades de intervención (grupos, individual, parejas, etcétera), en cualquier sintomatología (trauma, depresión, trastornos de ansiedad, etcétera), son complejas y de resultados en gran medida inciertos y discutibles, ya que involucran muchos factores, que no necesariamente están bajo el control del terapeuta (p. 21).

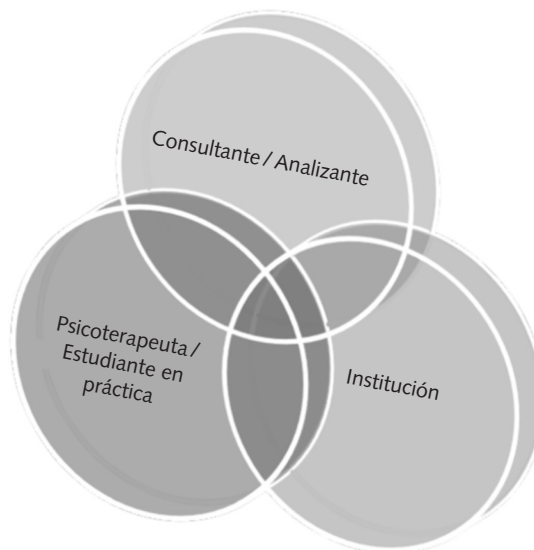
En este sentido, autores como Botella (2000) consideran que en muchos procesos terapéuticos los factores que el autor denomina como “inespecíficos” serán los cruciales a la hora de entender los cambios producidos en el sujeto, después de determinada intervención psicoterapéutica.

Los tratamientos empíricamente validados (TEV), que están de moda en EEUU y que apuntan a buscar un “procedimiento ideal” de tratamiento, dejan preguntas sin resolver, ya que desconocen los contextos sobre los que se aplicarán y hacen eco de un modelo donde el consultante y el psicólogo parecieran tener un papel secundario en el proceso. Además, según algunos autores, se contagian de la necesidad de economizar gastos, objetivo que persiguen las entidades responsables de la prestación de los servicios en salud mental. Resultan en este sentido interesantes las ponderadas reflexiones y, a

la vez, demoledoras críticas que hace Rodríguez (2004) a los TEV.

A lo largo de mi experiencia como docente supervisor de prácticas en el área clínica de la psicología resalto, en coincidencia con otros autores, tres factores que intervienen y son determinantes en los procesos psicoterapéuticos en instituciones, puesto que se interrelacionan de forma mutua: consultante, psicoterapeuta (estudiante en prácticas), e institución (véase Figura 1). Estos factores y la complejidad de sus interrelaciones, al no dimensionarse de manera exacta, hacen que algunos psicólogos practicantes se atribuyan de manera errónea dificultades y falencias en sus prácticas que no pueden controlar y que por tanto, no son su responsabilidad, ya que están más allá de ellos y de lo que hagan o dejen de hacer. Ahora bien, los dos primeros factores estarán siempre en juego en cualquier proceso terapéutico, y el tercero se añade al realizar el trabajo clínico en el marco simbólico, imaginario y real de una institución. Es importante señalar que los tres factores antes mencionados van a estar presentes de forma diferente en cada caso y situación terapéutica, y se influenciarán de forma mutua; es decir, no pueden pensarse de manera aislada cuando se analiza un proceso psicoterapéutico.

Figura 1
Factores que complejizan los procesos psicoterapéuticos en las prácticas clínicas en las instituciones.



A continuación, vamos a desarrollar algunas ideas y reflexiones sobre cada uno de estos tres factores en las prácticas clínicas, en las instituciones y en los procesos psicoterapéuticos.

Primer factor

El consultante/Analizante

Antes de empezar a revisar la influencia que tiene este factor en los procesos psicoterapéuticos en los ambientes institucionales, es necesario aclarar algunos términos. En psicoanálisis se habla de *consultante* o *analizante* para designar a la persona que consulta o demanda un proceso o ayuda psicoterapéutica (Evans, 2007). Desde la óptica propia de la clínica psiquiátrica se habla del “enfermo” o “paciente”; en otras escuelas psicológicas, como el humanismo y el análisis experimental del comportamiento, se habla de “consultante” o “cliente”. López Ballesteros, el traductor al castellano de Freud, en la versión de Biblioteca Nueva utiliza los términos “analizado” y “paciente” como sinónimos, lo que hace evidente que en Freud había una fuerte influencia médica.

Consultante, analizante y analizando considero que son los términos más adecuados para referirnos a una persona que demanda un proceso terapéutico, en la medida en que estos significantes nos evocan a un sujeto que busca ayuda profesional y que es parte activa del proceso; es decir, él está involucrado en la acción de analizar. Los vocablos *analizado* y *paciente* implicarían la acción de otro sobre un sujeto en un determinado tiempo del pasado y en donde el sujeto tiene una actitud pasiva.

Ahora, si entramos a discernir cómo ese factor influye en un proceso psicoterapéutico dentro de una institución, debemos resaltar que a grandes rasgos hay cuatro elementos, dentro de éste que van a determinar de una u otra manera un proceso psicoterapéutico, a saber: *a)* la estructura psíquica, *b)* el “trastorno” o la disfunción psíquica, *c)* las variables sociodemográficas y *d)* la experiencia previa en psicoterapia.

Cuando hablamos de la estructura psíquica hacemos referencia a todos aquellos elementos que han constituido la subjetividad del consultante, es decir, la historia de sus relaciones objetales, los mecanismos de defensa que utiliza y utilizó para adaptarse al medio, la conformación de las instancias psíquicas (ello, yo, superyó) y el mundo pulsional y fantasmático, entre

otros. El proceso psicoterapéutico está mediatizado por la estructura psíquica del consultante, ya que no es lo mismo un proceso psicoterapéutico con una persona con historias de relaciones objetales conflictivas y ambivalentes, a otra con una historia de relaciones de apego seguro. Es diferente trabajar con personas que tienen riqueza y flexibilidad a la hora de usar mecanismos de defensa para adaptarse al medio que elaborar procesos con personas en los cuales éstos son rígidos y escasos (Marty, M’uzan & David, 2013).

De hecho, las diferencias entre las diversas escuelas de psicoanálisis (francesa, inglesa, del yo, del *self*) y las diferentes escuelas psicológicas (cognitivo comportamental, humanismo, sistémico, psicoanálisis) están dadas por la forma cómo conceptualizan la subjetividad y la estructura psíquica del consultante y cómo la trabajan en el proceso terapéutico (García, 2000; Leahey, 2005). Para unas, el énfasis debe hacerse en fortalecer el yo para que se adapte a las investiduras provenientes del mundo externo e interno; para otras, el sujeto debe permitirse darle más espacio a su mundo pulsional e integrarlo al mundo externo.

Un segundo elemento fundamental dentro de este factor es el “trastorno” o disfunción psíquica, es decir, la “enfermedad”. Ésta, de forma necesaria, está encadenada con la estructura psíquica del consultante. Las grietas o desajustes que presente el sujeto en ésta pueden hacer que se manifieste o no un conflicto psíquico que conlleve a la manifestación de un “trastorno” o disfunción psíquica (McDougall, 1982). En relación con la “enfermedad”, hay que tener presente que no es lo mismo trabajar con una depresión reactiva que con una depresión endógena. La primera podría ser de mejor pronóstico en la medida que es reciente y se puede determinar el evento que la desencadena. Así mismo, no será igual ocuparse de una persona que presenta por primera vez una crisis psicótica a otra que tiene todo un historial de crisis psicóticas y de múltiples entradas y salidas a diferentes instituciones. Respecto a los mecanismos externos que sostienen “la enfermedad”, se hace referencia a las dificultades que se encuentran en la práctica clínica cuando el consultante vive en un mundo donde, desde su medio familiar o de pareja, se nutre o interesa que se mantenga el “trastorno” del consultante, en la medida en que éste sostiene una precaria homeostasis psicológica, ya sea familiar o de pareja.

En el trabajo clínico con los niños este elemento se hace palpable. En no pocas ocasiones, los niños se constituyen en el síntoma que hace evidente el malestar de la pareja o de la familia. Si él deja de serlo, la pareja tiene que enfrentarse a realidades o conflictos para los cuales no está preparada o no desea confrontar. Por ello, cuando el proceso avanza con el niño los niveles de angustia y de reactivación del conflicto de pareja o familiar se agudizan, esto genera como consecuencia que los padres hagan que el niño abandone el proceso terapéutico; de tal manera que vuelve, una vez más, a enmascararse la patología de la pareja a través del “síntoma” del niño (Gómez, 2006).

Cuando señalamos las variables sociodemográficas se hace referencia a la edad, el género, el nivel de escolaridad y el medio socioeconómico y cultural en que el sujeto vive. El proceso terapéutico, si es en una institución o en el ámbito clínico privado, será diferente. Asimismo si lo hace una persona que tiene determinada fobia a los 25 años, a otra que presenta la misma fobia pero a los 60 años. Los niveles de escolaridad también pueden incidir en el proceso. No es lo mismo un proceso psicoterapéutico con una persona que tiene una educación básica primaria a otra que tiene una educación profesional.

Dentro de este factor, es importante también tener en cuenta las experiencias previas en psicoterapia que el sujeto ha tenido. Es diferente hacer psicoterapia con una persona que tiene una crisis nerviosa y es llevada por primera vez a una institución hospitalaria, a otra que ha tenido experiencias previas con psicólogos y psiquiatras; el pronóstico tendría que ser favorable, si las previas experiencias terapéuticas lo fueron, pero podrían también generar un ambiente de ambivalencia y desconfianza si éstas han sido negativas.

Segundo factor

El estudiante en práctica/Psicoterapeuta

Como segundo factor fundamental dentro de un proceso psicoterapéutico está el psicoterapeuta, y éste se deberá tener presente, *grosso modo*, cuatro elementos: *a)* la técnica que utiliza el psicoterapeuta (estudiante en prácticas); *b)* el conocimiento de sí mismo; *c)* variables de tipo sociodemográficas; *d)* ética.

Dentro de este factor, la técnica que utiliza el psicólogo practicante va, de una u otra manera, a estar in-

fluenciada por el dominio conceptual que tenga el futuro profesional de las técnicas que desde su enfoque teórico se utilizan. En este sentido, la universidad que los forma va a tener una importante responsabilidad. En los tiempos que corren asistimos a un detrimento de la formación clínica de los estudiantes de pregrado, en donde el énfasis está en asignaturas más de formación psicológica general y en diferentes campos de aplicación (social, organizacional, educativa), pero en los cuales no se profundiza con rigurosidad. Así pues, no son muchas las asignaturas en las cuales los estudiantes de últimos semestres de psicología pueden enriquecer su formación a través de los estudios de casos, o de asignaturas electivas que les preparen para el ejercicio práctico de la profesión.

La enseñanza de la clínica psicológica en las universidades debe entrar al debate, ya que está planteada desde la divergencia total de las diferentes escuelas psicológicas y de las técnicas que utilizan, y no desde la demanda del consultante; luego, la posibilidad de creatividad no se genera en el aula, se aprende en la práctica cuando se toma prudencial distancia del concepto y de los preceptos de las diferentes escuelas (humanismo, psicoanálisis, análisis comportamental).

La técnica tiene el mismo peso en este factor si se habla de psicoterapeutas profesionales, con el ingrediente de que, a diferencia de los psicólogos practicantes, en los profesionales la experiencia en términos de años de ejercicio profesional va a ser clave para organizar y flexibilizar la forma como se aplican las diferentes técnicas. En los psicólogos practicantes la falta de experiencia hace que se vuelvan rígidos y poco creativos a la hora de intervenir con sus consultantes. En más de una ocasión he escuchado a psicólogos practicantes que no saben si es “correcto” darle un abrazo a un niño consultante de cinco años que llora. Otros dudan si deben dar la mano al final de una sesión, temen “viciar” el proceso al no seguir al pie de la letra los rígidos cánones de la técnica, como si ésta fuera el elemento único y fundamental de su trabajo terapéutico.

En el ámbito de la formación clínica es necesario hacerles tomar conciencia a los futuros profesionales de que la técnica, si bien es un conjunto de instrumentos para orientarse y darle estructura al trabajo terapéutico, no es transmisible por ningún profesor o supervisor experto; a lo sumo, ellos pueden aportar ideas y ayudar

a comprender a los jóvenes psicólogos en formación determinadas reacciones comportamentales, sean estas conscientes o inconscientes, evocadas por el relato de sus consultantes. Sin embargo, al ser el trabajo clínico un encuentro de dos subjetividades únicas, las de ellos y las de quienes les consultan, es imposible que haya derroteros o procedimientos a seguir que les den plena garantía y seguridad de estar haciendo las cosas bien.

Dentro de la técnica, otro elemento a tener en cuenta es la supervisión clínica que tenga el estudiante en formación. Por lo general, en las universidades con programas acreditados, los supervisores que asesoran las prácticas clínicas son psicoterapeutas con años de experiencia; este elemento es clave en la formación y a veces deformación del futuro clínico, ya que se establece una relación de poder donde hay alguien en función de supervisor, quien de manera simbólica encarna un conocimiento supuesto, aporta orientaciones, diseña caminos a seguir o interpela intervenciones del novel aprendiz de clínico. El énfasis que haga el supervisor en la asesoría clínica, en aquello que, según su experiencia, es clave en un determinado proceso terapéutico, junto con los modelos teóricos de supervisión que utiliza y la concepción de subjetividad que priorice, de forma necesaria producirá efectos en el proceso terapéutico que lleve a cabo el estudiante en prácticas. Un buen supervisor de prácticas, además de experiencia, debe tener entrenamiento y una metodología de trabajo que le permita a su supervisado sacar el mejor provecho de la hora de asesoría (Daskal, 2008). La responsabilidad del supervisor en la formación de los estudiantes en prácticas clínicas y de los procesos terapéuticos que los últimos llevan a cabo todavía está en discusión, e implican una serie de complejidades que van desde lo terapéutico hasta lo legal (Tanenbaum & Berman, 2005).

Otro elemento que se descuida en los futuros psicólogos es el conocimiento de sí mismos, el cual es necesario e imprescindible para todo clínico en formación. Muchos estudiantes y psicólogos en práctica nunca han estado en un proceso psicoterapéutico y, por desgracia para ellos y para quienes les consultan, en ocasiones el enfrentarse al dolor humano hace que se reactiven núcleos conflictivos no resueltos. Son pocos los países que en sus programas de prácticas académicas de pregrado y posgrado exigen a los futuros psicólogos clínicos iniciar un proceso terapéutico a la vez que hacen

su práctica. En algunos posgrados, sobre todo a nivel de especialización y maestría, existe una mayor exigencia, aunque todavía no se ha convertido en un requisito insoslayable en la formación en las universidades iberoamericanas. En algunos países anglosajones se exige para la práctica clínica de los profesionales en psicología la supervisión clínica de hasta 5 000 horas, lo que incluye presentación de casos y demás estrategias de acompañamiento. Con esta supervisión se maximiza la transmisión de la experiencia clínica, con el consecuente beneficio para la formación del joven psicólogo y para las personas que lo consultan.

Con relación al conocimiento de sí mismo que debe tener el estudiante en formación, hay consenso en las diferentes escuelas psicológicas en que este factor es clave en todo proceso terapéutico. El padre del psicoanálisis fue quien despertó las alarmas al plantear los efectos de la transferencia del psicoterapeuta cuando no ha pasado por un previo análisis. Freud (1926-1980) argumenta en *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial* que en el psicoanálisis la personalidad del psicoterapeuta es un factor importante a tener en cuenta en el proceso analítico. Reconoce que esta situación se presenta en toda disciplina científica, pero enfatiza que esta cuestión cobra mayor importancia dentro del psicoanálisis y comenta que para salvaguardar, en cierta medida, la buena marcha del proceso analítico es recomendable que el psicoterapeuta pase él mismo por un proceso psicoanalítico, el cual debe permitirle recibir sin ninguna clase de prejuicios el material que aporten sus consultantes. Al respecto, el médico vienés plantea: "Surge en este punto para el analista la obligación de capacitarse por medio de un profundo análisis propio para acoger sin prejuicio alguno el material analítico" (p. 205).

Constaín (1997) sostiene la máxima socrática del "conócete a ti mismo" como pilar fundamental del trabajo clínico, y argumenta que "nadie puede dar más de la salud mental que tiene". En su *Diccionario de psicopatología* (1997) se refiere a la importancia que el control puede tener el terapeuta con base en su autoconocimiento:

Eso es muy obvio, pero puede postularse como ley general. Cuando nuestros pacientes no logran a través de todas sus impertinencias o sus reacciones extem-

poráneas sacarnos de casillas, no importa el enfoque dinámico que les demos, logramos mostrarle su hostilidad en toda su dimensión sin responder reactivamente a ella (p. 183).

Una estudiante, a los dos meses de iniciar su práctica en un instituto de adopción de menores, empieza a deprimirse y a tener una serie de síntomas somáticos (dolores de cabeza, de estómago), los cuales, en la hora de supervisión clínica, relaciona con los conflictos con su madre. En un principio parecía algo que, si bien tenía que ver con su propia historia, no estaba relacionado de forma necesaria con las dinámicas propias de la conflictiva con la que trabajaba en su práctica clínica. Mas un día en la supervisión de la práctica, al relatar una triste historia de una niña que hacía proceso con ella, cometió de seguido varios *lapsus linguae* que ponían de manifiesto la identificación que ella hacía con la niña de quien me hablaba; cuando se lo hice notar, y después de un largo silencio, para sorpresa mía, se derramó en llanto y manifestó que ella había sido adoptada y que por “vergüenza” no lo había querido decir a nadie. De haber continuado con su “secreto”, la práctica se habría dificultado más allá de lo que podría ser benéfico y saludable para ella y sus pequeños consultantes. La necesidad de que los estudiantes que hacen práctica clínica a su vez hayan iniciado o inicien un proceso psicoterapéutico debe leerse a la luz de sus propias dinámicas familiares y personales, y al hecho de que son por lo general jóvenes entre los 21 y 23 años, que en muchos casos están consolidando procesos propios de la adolescencia que los hacen inestables, con reacciones y relaciones ambiguas de amor y odio.

Otro elemento que influncia un proceso psicoterapéutico en este factor tiene que ver con variables de tipo sociodemográfico. Para la mayoría de los psicólogos practicantes, la edad, por lo común asociada con la experiencia profesional, afecta el proceso terapéutico, pues cuando los consultantes tienen más edad que los psicólogos éstos desconfían de la experiencia profesional y de vida de los practicantes. Este fenómeno trae como consecuencia el reforzamiento de una transferencia ambivalente y la desconfianza en las intervenciones de los jóvenes psicólogos en formación, al ser en ocasiones el elemento determinante para que un consultante decida no iniciar un proceso o finalice el

mismo. Por último, dentro de este factor, es importante señalar la ética: este elemento es crucial tanto para el psicólogo en formación como para el psicólogo profesional. En la medida en que se tengan presentes los límites, las responsabilidades y las salvedades que el trabajo clínico conlleva podrá darse claridad a los objetivos del trabajo terapéutico y trazar senderos viables a los deseos y fantasías del consultante.

Tercer factor

La institución

El factor institución interviene de forma protagónica en los procesos terapéuticos, en la medida que establece unos objetivos con base en los cuales las diferentes unidades pertenecientes a la misma trabajan. La misión y visión que tiene la institución va a constituir y delimitar el encuadre del proceso; es decir, determina y define la duración de éste, inclusive el tiempo en minutos que dura la sesión, así como el espacio físico en donde se realiza el proceso, los costos financieros para el consultante y los simbólicos del proceso para la dupla psicoterapeuta-consultante.

El encuadre, que es determinado por este factor, no contempla las características del consultante, ni consulta o tiene en cuenta, en la dimensión que debería, la gravedad o levedad del cuadro clínico y psicopatológico que éste lleva consigo. Los objetivos institucionales van por un camino y los objetivos del proceso terapéutico van por otro; suelen no ser convergentes. Esta situación se agrava en las prácticas clínicas en psicología, ya que algunas no tienen un lugar simbólico al interior de las instituciones, y cuando lo tienen éste suele ser aislado, ambivalente y valorado de forma insuficiente por los diferentes estamentos de la misma. Además, resulta en ocasiones irrisorio el número de sesiones que asignan determinadas instituciones por consultante. ¿Cómo se puede ayudar a un adolescente con problemas de identidad sexual a identificar, comprender y elaborar su problemática cuando la institución sólo permite la realización de seis sesiones de psicoterapia de treinta minutos?

La determinante influencia que tiene la institución en las prácticas clínicas y en los procesos terapéuticos lo plantea López (1992), cuando sostiene que éstas establecen encuadres “supersónicos” donde se prioriza la dupla “eficacia-rapidez”. Dentro de las instituciones se

manejan una serie de procesos simbólicos que determinan las posiciones de poder dentro de las mismas. No es igual ser un psicoterapeuta que tiene como profesión la psiquiatría, a serlo cuando se es psicólogo, enfermero mental o trabajador social. El lugar simbólico que ocupa la psicología dentro de la institución, por tanto, será clave, ya que allí se establecen representaciones y relaciones que se expresan en cada profesión y en quienes la ejercen.

En mi experiencia como supervisor de prácticas he encontrado que en las instituciones en donde hay un lugar simbólico para la prácticas clínicas en psicología se posibilita que los futuros psicólogos tengan un espacio y tiempo adecuado para hacer procesos terapéuticos y una valoración positiva de su trabajo al interior de la institución; como consecuencia, se generan resultados que van en beneficio del restablecimiento de la salud de mental de las personas que consultan, debido a que perciben que ellas mismas y sus problemas son valorados y atendidos de forma debida. Por el contrario, en las instituciones donde la práctica clínica psicológica no tiene un lugar simbólico, la atención a los consultantes se resiente y se vuelve precaria, los psicólogos en formación tienen que hacer consultas en lugares improvisados e inadecuados que entorpecen la psicoterapia en la medida que la intimidad y la confianza del consultante en el proceso y en el psicólogo practicante se ven deterioradas y distorsionadas de manera seria. En la práctica he tenido que asesorar a estudiantes cuyo lugar de consulta es un patio alejado de una cárcel o el comedor de un colegio. En estas circunstancias la valoración que puede hacer el estudiante de su trabajo y su desempeño va a verse distorsionada, y sus consultantes de una u otra forma lo percibirán y se lo harán sentir.

DISCUSIÓN

Dilucidar con el debido detenimiento y profundidad cada uno de los factores antes mencionados y los diferentes elementos que los conforman implica una exposición que excede los objetivos de este artículo. Tampoco interesaba mostrar cómo estos distintos factores y elementos se entrecruzan y mezclan en medio del trabajo clínico terapéutico. El objetivo es llamar la atención de los expertos sobre esta problemática y

colocar sobre la mesa de discusión la complejidad de los factores inherentes a las prácticas clínicas en las instituciones.

La realidad es que el trabajo terapéutico en las instituciones va más allá en su complejidad de obedecer a la sola interrelación entre el futuro psicólogo y el consultante, o a la eficacia de una técnica o a la experticia de un estudiante en práctica bien entrenado. Si se tiene en cuenta que para los profesionales en psicología las variables intervinientes en los procesos psicoterapéuticos son complejos de determinar y aislar, es entonces entendible que los jóvenes estudiantes de los últimos semestres de psicología o los psicólogos en formación en especializaciones y maestrías se encuentren desorientados, angustiados y con sentimientos de inferioridad e impotencia frente a una experiencia nueva que involucra muchos factores y elementos al mismo tiempo.

Las cargas emocionales a las que se exponen los estudiantes en las prácticas clínicas en las instituciones, si bien son inherentes al trabajo profesional para el que se preparan, están determinadas por factores que van más allá de su formación y de su estructura psíquica, y que ni ellos ni los supervisores más experimentados pueden tener bajo control. En razón de esto, se debe desde un principio ayudarles a comprender este hecho y las implicaciones que conlleva. En consecuencia, es necesario crear consciencia en el interior de las instituciones universitarias para que se adecuen y se creen los currículos y las asignaturas que formen y preparen lo mejor posible a los futuros psicólogos clínicos; de lo contrario, se afectará la profesión como disciplina práctica y científica, así como a las personas que demandan ayuda psicoterapéutica. Lo anterior ocurre en la medida en que se crean falsas expectativas y se expone a los futuros clínicos a experiencias y sentimientos que no van a enriquecer su vida profesional ni personal. Son las universidades que forman a los futuros psicólogos las que deben exigir a las instituciones que acogen sus prácticas requisitos mínimos para que las prácticas clínicas en psicología logren un relativo grado de eficacia. Esos mínimos deben garantizar un encuadre adecuado en lugar, tiempo y espacio, para que los procesos psicológicos se desarrollen con relativa estructura y puedan generar vínculos terapéuticos entre los jóvenes practicantes de psicología y sus consultantes, al permitir que

se desarrolle una transferencia positiva que coadyuve a la buena marcha del proceso terapéutico.

La exigencia universitaria debe incluir la necesaria asistencia a procesos terapéuticos individuales o grupales para los psicólogos y profesionales en formación, como prerrequisito para ejercer su práctica clínica. De manera ideal debería hacerse antes de iniciar las prácticas o, en su defecto, iniciarse al mismo tiempo. El acompañamiento psicoterapéutico a los estudiantes en práctica es necesario para enriquecer al futuro clínico en tres aspectos: primero, porque le ayuda a reconocer dificultades personales que contra-transferencialmente puedan interferir con sus consultantes; segundo, al permitirle experimentar en vivo cómo trabaja un psicoterapeuta más experimentado; y tercero, al favorecer el crecimiento emocional y experiencial del practicante.

La selección y continuo entrenamiento de los supervisores o asesores de práctica debe ser otro elemento a considerar, ya que de ellos depende la orientación y el rigor con el que los futuros psicólogos asumirán su práctica y, con posterioridad, su vida profesional como clínicos. Por lo general, en las universidades iberoamericanas los clínicos con experiencia terapéutica son los supervisores; ello implica que se pueden transmitir de generación en generación formas muy particulares de ejercer la clínica, lo que en ocasiones conlleva a los practicantes a asumir prejuicios y formas estereotipadas de ejercer. El entrenamiento y la continua actualización de los asesores de práctica trae como consecuencia la formación de futuros psicólogos más flexibles y menos dogmáticos, y profesionales abiertos a nuevas formas de intervención clínica, así sea dentro de sus mismos enfoques conceptuales (sistémico, humanismo, psicoanálisis, cognitivo-comportamental).

Si las instituciones universitarias asumen su responsabilidad al establecer lo que hemos denominado “requisitos mínimos”, tanto para los estudiantes de últimos semestres como para las instituciones y los supervisores, serían muchos los problemas, el sufrimiento psíquico y las dificultades que se les ahorrarían a los jóvenes clínicos, y ello traería como consecuencia una mejor calidad de atención clínica a las personas que asisten a las instituciones en demanda de ayuda psicoterapéutica.

REFERENCIAS

- Bellak, L. & Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. [Manual for Intensive Brief and Emergency Psychotherapy]. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Botella, J. (2000). El papel de los estudios de resultados de las terapias Psicológicas. *Psicothema*, 12, 176-17.
- Braier, E. (1980). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cruz, J. (2009). Enfoque estratégico y formación de terapeutas. *Terapia Psicológica*, 1 (27), 129-143.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Madrid: Herder.
- Constán, M. (1997). *Diccionario de Psicopatología*. Bogotá, D. C.: Imprenta Universidad Nacional.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Daskal, A. (2008). Poniendo la lupa en la supervisión clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795003>
- Evans, R. (2007). *Diccionario de psicoanálisis lacaniano*. Paidós: Buenos Aires.
- Freud, S. (1980). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial. En J. L. Etcheverry (trad.), *Obras Completas* (vol. 20, pp. 171-234). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo publicado originalmente en 1926).
- Fiorini, H. (1999). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- García, A. (2000). *Teoría psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gómez, A. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*, (2), 6, 103-113.
- Jiménez, J. (2005a). The search for integration or how to work as a pluralist psychoanalyst. *Psychoanalytic Inquiry*, 25, 55-59.
- Jiménez, J. (2005b). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas*, 20. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=341&a=El-vinculo-las-intervenciones-tecnicas-y-el-cambio-terapeutico-en-terapia-pscioanalitica>
- Labrador, F., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Dykinson.

- Leahey, T. (2005). Entender la historia. En Leahey, T. (ed.), *Historia de la Psicología: principales corrientes del pensamiento psicológico*. Madrid: Prentice Hall Iberia.
- López, L. (1992). El psicólogo clínico en salud mental comunitaria, un lugar cuestionado. *Papeles del psicólogo*, 53. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=536>
- Marty, P., De M'uzan, M. & David, C. (2013). *La investigación psicosomática: siete observaciones clínicas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- McDougall, J. (1982). Alegato por cierta anormalidad. En J. McDougall (ed.), *Alegato por cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1139>
- Tanenbaum, R. & Berman, M. (2005). Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. *Revista de Toxicomanías*, 45, 21-26.
- Vallejo, Á. (2011). Cambios sintomáticos en policías con estrés postraumático y psicoterapia de grupo. *Terapia Psicológica*, 29, 13-23.