

Revista **Psicólogos**

Ética • Crecimiento • Desarrollo

Introduciendo el Marco de Trabajo Positivo (MTP) en Guatemala

Robert Laurie, PhD. y Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo

Influencia del Vínculo Supervisor-Prácticante en el Desarrollo de la Práctica Profesional Supervisada

Lic. Diego José Guacajol Molina

Desarrollo de Trastornos Psicopatológicos a partir del Uso Precoz de Sustancias Psicoactivas

Lcda. Carmen Celeste Estrada

Sustancias Psicotrópicas: Perspectiva de Profesionales de Salud Mental en Guatemala

Alonso Andrei Mena Solorzano, Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo y Mgtr. Mario Annibal Hernández Rodríguez

Mecanismos a través de los cuales el Optimismo Influye en la Calidad de Vida de los Pacientes con Cáncer

Dra. Claudia M. González y Mgtr. Regina Fernández Morales

Revista Psicólogos

Año IX- No. 24- enero/junio 2019

Revista semestral
Fecha de inicio: 2010

ISSN: 2225-0816

Edita:
Colegio de Psicólogos de Guatemala



Sede Central
13 calle 6-31 zona 9, Ciudad de Guatemala.
PBX (502) 2218.3400

Sede Xela
5 Calle 22-20 Zona 3. Quetzaltenango.
Teléfono (502) 7767.2749

Correos electrónicos:
consejoeditorial@colegiodepsicologos.org.gt
info@colegiodepsicologos.org.gt
quetzaltenango@colegiodepsicologos.org.gt

Sitio web: www.colegiodepsicologos.org.gt

Revista Psicólogos consiste en un medio escrito dirigido al gremio, distribuida exclusiva y gratuitamente para el colegiado activo. Cuenta con estándares nacionales e internacionales y con la calidad académica que la clasifica como una Revista Científica. Incluye artículos inéditos, escritos por profesionales de las ciencias psicológicas y afines, de autoría nacional e internacional, cuyos objetivos son la divulgación de investigaciones que permitan compartir los avances y descubrimientos teóricos y técnicos de la psicología en general, así como la transmisión de los conocimientos adquiridos y la actualización profesional de la psicología clínica, social, educativa, industrial, deportiva y de otras ramas de la ciencia. De esta manera se propone promover una aproximación a los problemas de nuestra sociedad.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de la revista sin previa autorización escrita por las autoridades del Colegio de Psicólogos de Guatemala. Todos los derechos de autor, fotografía y diseño, así como el nombre o título publicado están reservados por el Colegio de Psicólogos de Guatemala.

Impresa en la Ciudad de Guatemala.

Editorial

Editor/Coordinador

Mgtr. Leslie A. Sechel Vela
Centro C. G. Jung Guatemala
Col. No. 2343

Consejo Editorial

PhD. Verónica Paz de Brenes
Psicóloga Independiente
Col. No. 471

Mgtr. Melissa Lemus García
Asociación Guatemalteca de Psicología -AGP-
Col. No. 926

Mgtr. Mario Rodríguez
Universidad Rafael Landívar
Col. No. 1447

Lcda. Rosalía Juárez
Psicóloga Independiente
Col. No. 104

Mgtr. Viviane Yvette Bolaños
Universidad Rafael Landívar
Col. No. 052

Lcda. Lucía Lorenzana Montenegro
Asociación Guatemalteca de Psicología
Col. No. 070

Lic. Otto Valle Leoni
Universidad San Carlos de Guatemala
Colegiado en trámite

Consejo Editorial Externo

Mgtr. Mayra Figueroa Briceño
Psicóloga Independiente
Col. No. 278

Mgtr. Ana María Jurado
Instituto de Psicología Aplicada - IPSA -
Col. No. 007

Diseño y diagramación

Work And Feeling

El Consejo Editorial de Revista Psicólogos está conformado por profesionales no vinculados directamente al Colegio de Psicólogos de Guatemala. El Consejo Editorial se apoya además en otros profesionales externos al mismo, en la revisión, asesoría, así como en la contribución de artículos, entrevistas e investigaciones a publicarse. Todos los autores nacionales invitados a escribir deberán estar colegiados activos.

Índice

Carta editorial 04

Introduciendo el Marco de Trabajo Positivo (MTP) en Guatemala

Robert Laurie, PhD. & Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo 05

Influencia del Vínculo Supervisor-Prácticante en el Desarrollo de la Práctica Profesional Supervisada

Lic. Diego José Guacajol Molina 16

Desarrollo de Trastornos Psicopatológicos a partir del Uso Precoz de Sustancias Psicoactivas

Lcda. Carmen Celeste Estrada 57

Sustancias Psicotrópicas: Perspectiva de Profesionales de Salud Mental en Guatemala

Alonso Andrei Mena Solorzano, Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo y Mgtr. Mario Annibal Hernández Rodríguez 71

Mecanismos a través de los cuales el Optimismo Influye en la Calidad de Vida de los Pacientes con Cáncer

Dra. Claudia M. González y Mgtr. Regina Fernández Morales 83

Carta Editorial

Mgtr. Leslie Sechel
Colegiado Activo No. 2343

El campo de acción de la psicología en Guatemala, ha alcanzado una amplitud en los últimos diez años que se ve reflejado en la inclusión de la carrera de pregrado en las universidades del país y, con la apertura de varios programas de posgrado y especialización.

Es por ello que es posible obtener un número como el que se presenta con esta edición de Revista Psicólogos; una variedad de artículos que responden a la diversidad de la ciencia.

El escritor invitado, el Dr. Robert Laurie de Canadá, junto a la Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo con su artículo, introducen el Marco de Trabajo Positivo, MTP por sus siglas en español. Una propuesta para incrementar la satisfacción de los empleados en el ámbito laboral y organizacional, y optimizar así el bienestar, el compromiso y el rendimiento de los empleados.

Por su lado, el licenciado Diego José Guacajol Molina, presenta un artículo, adaptación de su trabajo de graduación, en el que aborda las dinámicas del vínculo entre Supervisor y Practicante durante la práctica profesional supervisada, como un factor influyente en la adquisición de competencias psicoterapéuticas, desde una perspectiva psicoanalítica.

En otro campo, la licenciada Carmen Celeste Estrada con su artículo, presenta una

revisión documental bibliográfica de los hallazgos científicos que relacionan el uso precoz de sustancias psicoactivas con el desarrollo de trastornos mentales, tales como la depresión, la ansiedad, algunos trastornos de personalidad y del neurodesarrollo.

En la misma línea, pero bajo una perspectiva diferente, el estudiante Alonso Andrei Mena Solorzano, bajo la coordinación de la Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo y del docente Mario Annibal Hernández Rodríguez, presenta un artículo, también bajo el formato documental, en el que se buscó conocer los conocimientos, experiencias y opiniones que los expertos en salud mental tienen sobre el uso de sustancias psicotrópicas con fines terapéuticos en Guatemala.

Para finalizar con la edición, la profesional invitada Dra. Claudia M. González de Chile, junto a la Mgtr. Regina Fernández Morales, presentan un artículo en el que se discuten los mecanismos a través de los cuales el optimismo influye en la calidad de vida de los pacientes con cáncer; es una revisión documental de las investigaciones más importantes al respecto del tema.

No cabe duda que la presente edición será de mucho aporte en conocimiento y exposición al lector, de la diversidad del campo de acción que las ciencias psicológicas tienen en su hacer ético y profesional.

Introduciendo el Marco de Trabajo Positivo (MTP) en Guatemala

Robert Laurie, PhD.
University of New Brunswick, Fredericton,
New Brunswick, Canada.

Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo
Colegiado Activo No. 0052
Universidad Rafael Landívar

Resumen: *Los ambientes de trabajo positivos conducen a incrementos en la satisfacción laboral y al compromiso de los empleados, junto con disminuciones en el ausentismo, presentismo, la rotación de personal y costos de salud debido al estrés y a otros problemas mentales. A su vez, estos cambios conducen a un incremento de productividad y reducen los costos para los empleadores. El Marco de Trabajo Positivo (MTP) y su plataforma en línea se han desarrollado para optimizar el bienestar, el compromiso y el rendimiento de los empleados. El MTP consta de tres componentes: bienestar mental, resiliencia y liderazgo positivo. Se presenta una descripción general de cada componente del MTP y sus cuestionarios validados, el Inventario de Bienestar Mental y Resiliencia (IBMR) y el Inventario de Liderazgo Positivo (ILP). También se describe cómo se implementa el MTP en las organizaciones.*

Palabras Clave: Marco de Trabajo Positivo, bienestar mental, resiliencia, liderazgo positivo.

Abstract: *Positive workplace environments lead to increases in employee job satisfaction and engagement along with decreases in absenteeism, presenteeism, employee turnover and health costs due to stress and other mental issues. In turn, these changes lead to increased productivity and reduced costs for employers. The Positive Workplace Framework (PWF) and its on-line platform have been developed to optimize employee well-being, engagement and performance. The PWF consists of three components: mental fitness, resiliency, and positive leadership. An overview of each PWF component and its validated questionnaires, the Mental Fitness and Resiliency Inventory (MFRI) and the Positive Leadership Inventory (PLI) is presented. A description of how the PWF is implemented in organizations is also presented.*

Keywords: Positive Workplace Framework, mental fitness, resiliency, positive leadership

Agradecimientos:

Los autores agradecen al Dr. Bill Morrison y a la Dra. Patricia Peterson por proporcionar acceso al sitio web de WMA Wellness y a los recursos que se describen aquí. Se agradece también al Departamento de Psicología en la Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar por invitar a Dr. Laurie para presentar el Marco de Trabajo Positivo en su VIII Encuentro de Psicología en Guatemala el 14-15 marzo de 2019. El contenido de su presentación sirve como base para este artículo.

Introducción

Ephemerization o “hacer más con menos”, es una expresión acuñada por primera vez por R. Buckminster Fuller (1938) para describir situaciones en las que la tecnología podría ser usada para hacer cada vez más con menos y menos hasta que eventualmente pueda hacerse todo con nada. Hoy, esta expresión y el concepto de hacer más con menos se usan comúnmente cuando las compañías, los gobiernos, las escuelas y otros grupos se esfuerzan por reducir los costos operativos e incrementar la productividad, usualmente en el contexto de recortar los recursos humanos y financieros sin una reducción equivalente en la carga de trabajo y de las expectativas.

No es sorprendente ver que la intención original de hacer menos con más tiene sus límites cuando se trata de seres humanos y no de tecnología. La presión adicional y las expectativas puestas en los trabajadores para incrementar la productividad y reducir los costos puede conducir a prácticas de gestión poco saludables y a relaciones interpersonales que incrementen los niveles de estrés en los ambientes de trabajo (Chiang, Birtch, & Kwon Kwan, 2010). Esta combinación de acontecimientos crea un ambiente de trabajo tóxico que resulta en un incremento del ausentismo, rotación de personal, problemas de salud mental y accidentes (Shaughnessy & Shephard, 2015). En tales ambientes tóxicos de trabajo, también es común tener empleados con síndrome de desgaste laboral (*job burnout*), un tipo especial de estrés relacionado con el trabajo que implica una sensación de baja realización y pérdida de identidad personal (Clínica Mayo,

2018).

Cuando un ambiente de trabajo convertirse en insoportable y, en algunos casos, disfuncionales, muchos gerentes recurren a encuestas de satisfacción laboral o a encuestas de compromiso laboral. Sus intenciones son nobles cuando prometen hacer un seguimiento de los resultados en un esfuerzo para mejorar la satisfacción y el compromiso de los empleados. Su lógica está basada en el supuesto de que mejorar la satisfacción y el compromiso de los empleados mejorará la productividad. Oswald, Proto y Sgroi (2015), y Shmailan (2016) proporcionan argumentos que fundamentan esta suposición.

A pesar de los esfuerzos para mejorar la satisfacción laboral y el compromiso de los empleados, el *Conference Board* (2010) informó que solo el 45 por ciento de americanos estaban satisfechos con su trabajo, el nivel más bajo jamás registrado. Cabe destacar que estos resultados se obtuvieron durante un período económico muy difícil en todo el mundo durante el cual los empleadores se vieron obligados a recortar posiciones y a limitar los incrementos salariales para poder sobrevivir. Desde ese sondeo, el *Conference Board* (2018) ha reportado que los empleados han registrado niveles de satisfacción de trabajo más altos y que estos niveles han estado incrementándose constantemente en los últimos siete años. Mientras esta tendencia positiva es ciertamente notable, es interesante ver cuál podría ser la causa subyacente. El *Conference Board* (2018) reportó que la satisfacción laboral fue especialmente fuerte en áreas como la seguridad laboral y los salarios. Dado que la economía global ha mejorado gradualmente después de la

desaceleración observada a finales de la última década, los empleadores ahora pueden garantizar más fácilmente la seguridad laboral y aumentar los salarios de los empleados que lo que podían previamente. En sectores tales como los relacionados con la tecnología de la información, por ejemplo, los empleadores no tienen más opción que incrementar la seguridad del empleo e incrementar los salarios para que puedan contratar a los empleados que necesitan para hacer crecer sus negocios y disminuir la rotación de personal. Esto sugiere que los factores externos a los ambientes de trabajo positivos y psicológicamente seguros son factores muy importantes que explican la mejora de los resultados de la encuesta de satisfacción laboral. Sin medidas específicas de los factores internos relacionados con la calidad de los ambientes de trabajo, poco se puede decir de su impacto en los resultados de las encuestas de satisfacción laboral.

Uno de los mayores costos para cualquier organización es el volumen de negocios, y las investigaciones recientes apuntan a mejorar la cultura del lugar de trabajo como una herramienta de primera línea para combatir este problema (Davis, 2016). Las organizaciones que incrementan el bienestar de sus empleados y crean culturas positivas y saludables en el lugar de trabajo también incrementan su productividad (Seppälä & Cameron, 2017). La gran mayoría de los enfoques que pretenden mejorar la cultura del lugar de trabajo se basan en el déficit, en otras palabras, primero identifican uno o más problemas o situaciones dentro de una organización y hacen

un seguimiento de esto con una intervención diseñada para resolver el problema o resolverlo.

En contraste con los enfoques que tienen como objetivo aumentar la satisfacción y el compromiso de los empleados y reducir la rotación de personal, hay programas que se centran en mejorar las culturas del lugar de trabajo tales como el *European Framework for Psychological Risk Management* (Leka & Cox, 2008), el *Psychologically Healthy Workplace Program* (Shaughnessy & Shephard, 2015), y el Marco de Trabajo Positivo, MTP (WMA Wellness, 2015a). Ahora presentaremos el Marco de Trabajo Positivo, un enfoque basado en las fortalezas para optimizar el bienestar, el compromiso y el rendimiento de los empleados.

El Marco de Trabajo Positivo (MTP)

El estado psicológico de bienestar de una persona no solo está influenciado por la presencia o ausencia de problemas y riesgos que generan preocupación, también está *impactado por la existencia de factores centrados en las fortalezas presentes entre los individuos y sus entornos sociales* que contribuyen al crecimiento positivo y al desarrollo (Morrison & Peterson, 2016). El Marco de Trabajo Positivo (MTP) promueve acercamientos basados en las fortalezas para mejorar la salud psicológica y el bienestar. El MTP se compone de tres dominios (bienestar mental, resiliencia, liderazgo positivo) dando lugar a trece subdominios. Cada dominio promueve prácticas basadas en fortalezas conocidas para crear ambientes de trabajo positivos que se carac-

* 1. El marco de trabajo positivo (MTP) fue desarrollado y comercializado por WMA Wellness (www.wmawellness.com). Actualmente se utiliza en todo Canadá, donde está disponible en inglés y en francés. Este artículo proporciona una descripción general del MTP, ya que su versión en español se está expandiendo a América Latina.

terizan por altos niveles de bienestar, compromiso y desempeño de los empleados (ver Figura 1).



Figura 1. El Marco de Trabajo Positivo (MTP) Fuente: WMA Wellness

Bienestar mental

El primer dominio, bienestar mental, del Marco de Trabajo Positivo (MTP) se compone de tres sub-dominios (prácticas de relaciones, prácticas de competencia y prácticas de autonomía/soporte) es consistente con la teoría de la autodeterminación como se describe por Deci y Ryan (2008). El MTP se refiere a los subdominios de bienestar mental como “necesidades”. Con el propósito que los empleados se encuentren en su mejor momento y prosperen en su lugar de trabajo, cada una de sus necesidades de bienestar mental necesita ser satisfecha. Cuando sus necesidades psicológicas básicas o de bienestar mental se cumplen dentro las rutinas diarias y las relaciones, los empleados experimentan una mayor sensación de bienestar mental personal, demuestran niveles más altos de motivación y se desempeñan de manera óptima cuando se orientan a retos y objetivos personales y laborales.

El primer subdominio (prácticas de relaciones) implica el desarrollo de un sentido de conexión entre los empleados. Esta necesidad de bienestar mental se cumple cuando los empleados se sienten bienvenidos e incluidos, y que practican saludando y reconociéndose diariamente los unos a otros. Las interacciones entre los empleados incluyen intercambios amistosos que contribuyen a un sentido de conocer a los demás y de ser conocido. A medida que las personas adquieren un sentido de conexión positiva entre sí, también se vuelven sensibles cuando los otros experimentan estrés, con frecuencia está pendientes el uno del otro y proveen apoyo mutuo cuando es necesario. Acciones clave asociadas a las relaciones incluyen la bienvenida, intercambiar y estar pendientes.

El segundo sub-dominio (prácticas de competencia) se centra en el sentido de valor de los empleados a su grupo de trabajo y a la organización. Esta necesidad se cumple cuando las prácticas en el ambiente de trabajo incrementan el reconocimiento y valoran las fortalezas, habilidades y el potencial de todos los empleados. Idealmente, las metas de trabajo compartidas brindan oportunidades para que los empleados se comprometan en el uso de sus fortalezas y habilidades, y reconozcan cómo sus habilidades complementan las áreas de fortaleza de otros miembros del equipo, maximizando la efectividad colectiva y el rendimiento del equipo completo. En contraste con los chismes o las conversaciones destructivas para las relaciones de equipo en el lugar de trabajo, el desarrollo de un sentido de competencia en el lugar de trabajo se fundamenta en expresiones de aprecio y gratitud entre los empleados y gerentes por las fortalezas y contribu-

ciones que todos los miembros aportan al equipo. Las acciones clave asociadas con la satisfacción de las necesidades de competencia de los empleados incluyen el reconocimiento de fortalezas, el uso de las fortalezas y el fomento de la confianza en los demás.

El tercer sub-dominio (prácticas de autonomía/soporte) es también crítico en el fomento psicológico de la salud y de ambientes de trabajo efectivos. Para que esta necesidad se cumpla, los empleados deben tener oportunidades de expresar y defender sus opiniones, perspectivas e ideas. Los ambientes de trabajo que satisfacen las necesidades de autonomía/soporte de los empleados aseguran que éstos sean escuchados y valorados regularmente en las rutinas e interacciones del lugar de trabajo. Las prácticas que promueven la autonomía/soporte incluyen preguntar a los otros las perspectivas en lugar de simplemente dar consejos, buscar oportunidades para colaborar con colegas o compañeros en proyectos de trabajo e invitar a los miembros del equipo a construir colectivamente soluciones o estrategias para abordar los desafíos u objetivos emergentes o existentes. Estas prácticas contrastan con el exceso de control en los ambientes de trabajo donde existe la microgestión. El desarrollo de la autonomía en ambientes laborales de apoyo contrarresta los comportamientos que pretenden intimidar o marginar a otros y crea espacios de trabajo psicológicamente seguros para todos los empleados. Las acciones clave asociadas con satisfacer las necesidades de autonomía/soporte de los empleados incluyen asegurar que tengan voz, elección y oportunidades para colaborar con sus compañeros de trabajo.

En resumen, la creación de culturas de

trabajo sanas y seguras psicológicamente implica la intención para crear condiciones ambientales que fomenten las relaciones, la competencia y la autonomía/soporte dentro de las relaciones y rutinas del equipo. La capacitación dirigida a equipos y gerentes sobre prácticas de bienestar mental que promueven estas condiciones puede ser un paso inicial importante para optimizar las culturas del lugar de trabajo.

Resiliencia

La American Psychological Association (APA, 2014) define la resiliencia como “el proceso de adaptarse bien ante la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o incluso fuentes importantes de estrés (párrafo 4)”. También se ha definido como la capacidad para adaptarse y obtener resultados positivos en la vida diaria a pesar de las circunstancias desafiantes (Morrison & Peterson, 2013) y la habilidad para persistir ante la adversidad, de recuperarse cuando se enfrentan los desafíos y de la capacidad para navegar por los sistemas de soporte y para aplicar recursos que sustentan el bienestar (WMA Wellness, 2015a). La APA (2104) especifica que la resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen, sino que se trata de comportamientos, pensamientos y acciones que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquiera.

El MTP se basa en este último punto y extiende al concepto de resiliencia desde el nivel individual del empleado al nivel de grupo. Por lo tanto, el segundo dominio del MTP, la resiliencia, se compone de cinco subdominios (activos de relación, activos profesionales, activos actitudinales, activos de inteligencia emocional y activos de adaptación). En consonancia con un enfoque a nivel de grupo, el MTP identifica prácti-

cas que promueven la resiliencia del grupo de trabajo y permite a los grupos no sólo sobrevivir, sino que atraviesen la dificultad y los momentos desafiantes, pero lo más importante, para aprender y prosperar.

El primer subdominio de resiliencia (activos de relación) involucra prácticas que construyen redes sociales de apoyo y comunidad. Las relaciones, las redes sociales y las conexiones con familiares, amigos y colegas son importantes activos de resiliencia. Las acciones clave asociadas con los activos de relación grupal son la disponibilidad de actitudes empáticas hacia los compañeros de trabajo y asegurar el apoyo social en tiempos difíciles o desafiantes.

El segundo subdominio de resiliencia (activos profesionales) implica prácticas que promuevan la confianza profesional, la capacidad y las habilidades para resolver problemas. Los empleados en ambientes de trabajo con activos profesionales sólidos saben cuándo pedir ayuda y demostrar curiosidad y pasión por aprender y adquirir nuevas habilidades relacionadas con su trabajo. Compañeros de trabajo y gerentes se apoyan mutuamente al tomar decisiones y actuar. Las acciones clave asociadas a los activos profesionales del grupo son: identificar y contar con los conocimientos y habilidades colectivas de un grupo, y garantizar la disponibilidad y el uso de oportunidades de aprendizaje profesional apropiadas y específicas.

El tercer subdominio de resiliencia (activos actitudinales) involucra prácticas que incrementan el optimismo y demuestran disposiciones positivas incluso ante situaciones difíciles o desafíos. Los empleados que demuestran actitudes positivas

tienen la capacidad de interpretar situaciones desde un punto de vista positivo y esto puede conducir a resultados más favorables. Schulman (1999) mostró que los vendedores optimistas tenían un 35% más de ventas que los vendedores pesimistas y que los pesimistas tenían el doble de probabilidades de renunciar en el primer año de su trabajo. Uno puede aprender a ser más optimista desafiando los pensamientos negativos y reemplazándolos por otros más positivos (Seligman, 1998, 2006). La teoría que sustenta este activo de resiliencia tiene su base en la psicología positiva (Peterson, 2006). Las acciones clave asociadas con los activos actitudinales del grupo son tener disposiciones positivas y demostrar comportamientos consistentes con el optimismo.

El cuarto subdominio de resiliencia (activos de inteligencia emocional) implica la capacidad de comprender y gestionar las emociones, y de comunicarse de manera positiva y respetuosa con los demás. Se ha demostrado que los empleados que obtienen calificaciones más altas en las pruebas que miden la inteligencia emocional tienden a ser más competentes socialmente, a tener relaciones de mejor calidad y se les considera más sensibles interpersonalmente que aquellos con puntuaciones más bajas (Côté, Lopes, Salovey & Miners, 2010; Côté & Miners, 2006). Las acciones clave asociadas con los activos de inteligencia emocional grupal son comprender las propias emociones y las de los demás, y asegurar una comunicación positiva con los demás en momentos estresantes.

El quinto subdominio de resiliencia (activos de adaptación) implica prácticas que facilitan el ajuste a situaciones cambiantes a través de estrategias de afrontamiento y prosperidad positivas. Los grupos utilizan los recursos de adap-

tación para reducir el estrés y adaptarse a las circunstancias cambiantes. Esto puede lograrse desarrollando habilidades de afrontamiento específicas para abordar áreas de estrés y para desarrollar e implementar estrategias proactivas para adaptar los cambios en las relaciones o rutinas de grupo. Las acciones clave asociadas con los activos de adaptación grupal son la implementación de planes proactivos y la resolución de problemas como grupo.

En resumen, la implementación de prácticas alineadas con cada subdominio de resiliencia fortalece a los grupos en el lugar de trabajo cuando enfrentan dificultades y desafíos. Los grupos se encuentran mejor capacitados para hacer frente y prosperar durante estos momentos a medida que avanzan más allá de los desafíos y se involucran en nuevas oportunidades.

Liderazgo Positivo

El tercer dominio del MTP se refiere al liderazgo positivo y consta de cinco subdominios (virtudes de liderazgo, comunicación positiva, conocimientos y habilidades motivacionales, habilidades energizantes, tareas operacionales) que son consistentes con el trabajo de Kim Cameron (2012, 2013).

El primer subdominio de liderazgo positivo (virtudes de liderazgo) representa la capacidad de los líderes para fomentar el comportamiento compasivo entre los empleados, aceptar y perdonar errores honestos y alentar expresiones de gratitud. Los líderes que brindan apoyo a todos sus empleados comunicándoles que se valora el desarrollo humano y el bienestar ganan la confianza de sus empleados. Las acciones clave asociadas con las virtudes del liderazgo

demuestran gratitud, compasión y perdón.

El segundo subdominio de liderazgo positivo (comunicación positiva) ocurre en las organizaciones cuando el lenguaje de apoyo y afirmativo reemplaza al lenguaje negativo y crítico. Los líderes son modelos importantes para demostrar la comunicación de apoyo que es honesta y congruente, descriptiva, específica y reflexiva. Las acciones clave asociadas con la comunicación positiva incluyen enfatizar las observaciones positivas y priorizar los enfoques de construcción de soluciones.

El tercer subdominio de liderazgo positivo (conocimientos y habilidades motivacionales) se refiere a la conciencia del líder sobre las fortalezas e intereses de los empleados y su capacidad para involucrarlos en el uso de estas fortalezas en las rutinas y actividades en el lugar de trabajo. Las acciones clave asociadas con el conocimiento y habilidades de la motivación son evidentes cuando los líderes promueven una visión compartida e incentivan una inversión personal por parte de los empleados en el éxito corporativo.

El cuarto subdominio de liderazgo positivo (habilidades energizantes) es demostrado cuando los líderes mantienen a los empleados energizados con entusiasmo, vitalidad, apertura y optimismo. Hacen tiempo para escuchar y comprender a sus empleados, están totalmente comprometidos con las conversaciones, con los valores y promueven las contribuciones y los logros de los empleados. Las acciones clave que se relacionan con las habilidades energizantes es el cumplimiento de compromisos.

El quinto subdominio de liderazgo positivo (tareas operacionales) se refiere a la capacidad de

los líderes para mantener a los empleados comprometidos y ofrecer claridad de roles y expectativas. Los líderes que tienen fuertes habilidades de tareas operacionales se ganan el respeto de sus empleados. Las acciones clave asociadas con las tareas operacionales también incluyen brindar oportunidades para que sus empleados crezcan profesionalmente y garantizar que el entorno laboral sea propicio para satisfacer las necesidades de bienestar mental de los empleados.

En resumen, ha sido demostrado que aplicando las prácticas de liderazgo positivo se mejora la eficacia de la organización (Cameron, Mora, Leutscher, & Calarco, 2011). La implementación de prácticas de liderazgo positivo hace que sea más fácil y seguro implementar prácticas de bienestar mental y resiliencia que conduzcan a un ambiente de trabajo positivo y psicológicamente seguro.

Los cuestionarios y recursos del MTP

Otra característica importante del Marco de Trabajo Positivo es que dispone de dos cuestionarios; *el Inventario de Bienestar Mental y Resiliencia* (IBMR) y *el Inventario de Liderazgo Positivo* (ILP) (WMA Wellness, 2015b).

El IBMR fue desarrollado para evaluar el bienestar mental y la resiliencia en ambientes de trabajo. Proporciona a los ambientes de trabajo, resultados cuantitativos sobre sus fortalezas a través de los tres subdominios del bienestar mental (necesidades de relación, necesidades de competencia y necesidades de autonomía/soporte) y los cinco subdominios de la resiliencia (activos de relaciones, activos profesionales, activos actitudinales, activos de inteligencia emocional

y activos de adaptación). El IBMR contiene descripciones cortas y claras de 32 prácticas distintas que se pueden observar en ambientes laborales positivos. Cada práctica proporciona información sobre uno de los subdominios descritos anteriormente. Se les pide a los sujetos que indiquen qué tan bien cada práctica descrita es un reflejo de su lugar de trabajo utilizando una escala Likert de 5 puntos, donde 1 = Menos parecido a mi lugar de trabajo, 3 = Algo parecido a mi lugar de trabajo, y 5 = Más parecido a mi lugar de trabajo. Los empleados necesitan aproximadamente de 8 a 10 minutos para completar el cuestionario en línea. Todas las respuestas son anónimas y confidenciales. El informe IBMR proporciona un perfil de las fortalezas de la organización (aquellas prácticas que están integradas en el lugar de trabajo) y las áreas de desarrollo (aquellas que requieren más promoción y desarrollo de capacidades) relacionadas con el bienestar mental y la resiliencia.

El ILP evalúa la presencia de prácticas de liderazgo positivo asociadas con ambientes de trabajo saludables y efectivos. Proporciona a los gerentes y líderes con resultados cuantitativos sobre sus fortalezas en los cinco subdominios de liderazgo positivo (virtudes de liderazgo, comunicación positiva, conocimientos y habilidades motivacionales, habilidades energizantes, tareas operacionales). El ILP contiene descripciones cortas y claras de 30 prácticas de liderazgo distintas que se espera que se observen en entornos laborales positivos. Cada práctica proporciona información sobre uno de los subdominios descritos anteriormente. Se les pide a los sujetos que identifiquen qué tan bien cada

práctica descrita es un reflejo de su lugar de trabajo utilizando una escala Likert de 5 puntos, donde 1 = No en absoluto, 3 = A veces, y 5 = Muy a Menudo. Los empleados necesitan aproximadamente de 8 a 10 minutos para completar el cuestionario en línea. Todas las respuestas son anónimas y confidenciales. El informe de ILP proporciona un sólido perfil de prácticas de liderazgo (aquellas prácticas que con mucha frecuencia son demostradas por los líderes) y áreas para el desarrollo (aquellas prácticas de liderazgo que requieren más promoción y desarrollo de capacidades).

Una plataforma en línea del MTP contiene una gran cantidad de recursos tales como actividades de grupo, videos, libros electrónicos y prácticas sugeridas acompañadas del IBMR e ILP. Los recursos proporcionan las bases para que los ambientes de trabajo realicen un seguimiento de sus resultados con actividades específicas que están totalmente alineadas con los 13 dominios del MTP.

El enfoque de implementación del MTP

El Marco de Trabajo Positivo se implementa en los ambientes de trabajo utilizando un enfoque de capacitación de capacitadores. Los campeones/capacitadores del ambiente de trabajo reciben formación en persona, aproximadamente cada seis meses durante un período de tres años por WMA Wellness. Se asegura una comunicación regular con los campeones/capacitadores del lugar de trabajo para garantizar la implementación efectiva de las actividades según un plan conjunto. La capacitación de los campeones/capacitadores en el lugar de trabajo tiene la ventaja de desarrollar competencias en las organizaciones y permitirles

que gradualmente se vuelvan independientes de la ayuda externa. La implementación completa del MTP se realiza durante aproximadamente 3 años. El enfoque durante el primer año es el bienestar mental, seguido por la resiliencia y el liderazgo positivo en el segundo y tercer años. El IBMR y el ILP se administran anualmente para que las organizaciones puedan hacer un seguimiento de su progreso a través del tiempo y ajustar sus planes de implementación en función de cada uno de los grupos de su ambiente de trabajo para satisfacer mejor sus necesidades.

Conclusión

Más que nunca, las organizaciones se están dando cuenta de la importancia de crear ambientes de trabajo positivos para sus trabajadores y también para ellos mismos, al tiempo que se centran en incrementar la productividad y reducir los costos. La implementación del Marco de Trabajo Positivo (MTP) en una variedad de ambientes de trabajo que van desde organizaciones gubernamentales o sociales, empresas privadas y escuelas ha demostrado ser una manera eficaz y exitosa para incrementar el uso de prácticas y comportamientos que se encuentran comúnmente en ambientes laborales positivos. El MTP identifica tres dominios basados en evidencia (bienestar, resiliencia, liderazgo positivo) con tres, cinco y cinco subdominios respectivamente. El grado en que las prácticas asociadas con cada subdominio están presentes en los ambientes de trabajo se mide utilizando el Inventario de Bienestar Mental y Resiliencia (IBMR) y el Inventario de Liderazgo Positivo (ILP). Los recursos en línea alineados con cada subdominio se ponen a disposición de los capacitadores de MTP para que puedan facilitar la mejora de los

ambientes de trabajo positivos que conducen a una optimización del bienestar, del compromiso y del rendimiento. Ψ

Referencias

- Akin, G., & Hopelain, D. (1986). Finding the Culture of Productivity. *Organizational Dynamics* 14(3), 19-32.
- American Psychology Association. (2014). The road to resilience. Washington, DC: American Psychology Association. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Buckminster Fuller, R. (1938). *Nine chains to the moon: An adventure story of thought* (1st Ed.). Philadelphia, Lippincott.
- Cameron, K. (2013). *Positive leadership: Tools and techniques that Create Extraordinary Results*. San Francisco: CA, Berrett-Zoehler.
- Cameron, K. (2012). *Positive leadership: Strategies for Extraordinary Performance*. San Francisco: CA, Berrett-Zoehler.
- Cameron, K., Mora, C., Leutscher, T., & Calarco, M. (2011). Effects of positive practices on organizational effectiveness. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 47(3), 266–308. <https://doi.org/10.1177/0021886310395514>
- Chiang, F.F.T., Birtch, T.A & Kwon Kwan, H. (2010). The moderating roles of job control and work-life balance practices on employee stress in the hotel and catering industry. *International Journal of Hospitality Management*, 29(1), 25-32.
- Coduti, W.A, Anderson, C., Lui, K., Lui, J., Rosenthal, D.A, Hursh, N., & Young-An, R. (2016). Psychologically healthy workplaces, disability management and employee mental health. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 45(3), 327-336. doi: 10.3233/JVR-160833
- Conference Board (2018, agosto). Job satisfaction 2018: A tighter labor market leads to higher job satisfaction. Recuperado de <https://www.conference-board.org/publications/publicationdetail.cfm?publicationid=8120>
- Conference Board. (2010, 05 de enero). Survey: More Americans unhappy at work. Recuperado de <https://www.cbsnews.com/news/survey-more-americans-unhappy-at-work/>
- Côté, S., Lopes, P.N, Salovey, P., & Miners, C.T.H. (2010). Emotional intelligence and leadership emergence in small groups. *Leadership quarterly*, 21, 496-508.
- Côté, S., & Miners, C.T.H. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence, and job performance. *Administrative Science Quarterly*, 51, 1-28.
- Davis, A. (2016). Don't underestimate workplace culture as a retention tool. *Employee Benefit News*, 30(6), 8.
- Deci, E.L, & Ryan, R.M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182-185. doi: 10.1037/a0012801

- Indice Santé (2019, 29 de enero). Le stress en milieu de travail et le stress personnel sont en hausse. Recuperado de <https://www.indexsante.ca/nouvelles/641/le-stress-en-milieu-de-travail-et-le-stress-personnel-sont-en-hausse.php#>. XFGotr8QpFU.linkedin
- Leka, S., & Cox, T. (Ed). (2008). The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF, 2008. Institute of Work, Health and Organizations, Nottingham, U.K.
- Clínica Mayo (2018, 21 de noviembre). Know the signs of job burnout. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/burnout/art-20046642>
- Morrison, W., & Peterson, P. (2016). Pan Canadian Joint Consortium for School Health Positive Mental Health Toolkit (2nd Ed.) WMA Products Recuperado de <http://wmaproducts.com/JCSH/>
- Morrison, W., & Peterson, P. (2015). *A Review of School-based Approaches and Practices for Promoting Student Well-being*. JW McConnell Family Foundation.
- Morrison, W., & Peterson, P. (2013). *Schools as a setting for positive mental health (2nd Ed.)* Pan-Canadian Joint Consortium of School Health. Recuperado de [http://www.jcsh-cces.ca/upload/JCSH%20Be s % 20Practice_Eng_Jan21.pdf](http://www.jcsh-cces.ca/upload/JCSH%20Be%20Practice_Eng_Jan21.pdf)
- Oswald, A. J., Proto, E., & Sgroi, D. (2015). Happiness and productivity. *Journal of Labor Economics*, 33(4), 789-822.
- Peterson, C. (2006). *A Primer on Positive Psychology*. University of Oxford Press. New York, NY
- Schulman, P. (1999). Applying learned optimism to increase sales productivity. *Journal of Personal Selling and Sales Management*. 19(1), 31-37.
- Seligman, M.E.P. (2006). *Learned Optimism: How to change your mind and your life*. Random House. Toronto: ON
- Seligman, M. (1998). *Learned optimism*. New York, NY: Pocket Books.
- Seppälä, E., & Cameron, K. (2017, 08 de mayo). Proof that positive work cultures are more productive. Recuperado de <https://hbr.org/2015/12/proof-that-positive-work-cultures-are-more-productive>
- Shmailan, A.S.B. (2016). The relationship between job satisfaction, job performance and employee engagement: An explorative study. *Issues in Business Management and Economics*, 4(1), 1-8.
- Shaughnessy, M., & Shepherd, J. (2015). Psychologically healthy workplace. *Salem Press Encyclopedia of Health*. Research Starters.
- Stevenson, P. (2009). Comment on productivity. *New Zealand Management*, 56(5), 14.
- WMA Wellness. (2019). Presentación MTP. Presentación Powerpoint no publicado.
- WMA Wellness. (2015a). Optimizing Workplace Culture. Recuperado de <http://www.wmawellness.com/index.php>
- WMA Wellness. (2015b). Component 1: Application of validated PWF measures. Recuperado de <http://www.wmawellness.com/Component-1.pdf>

Influencia del Vínculo Supervisor-Practicante en el Desarrollo de la Práctica Profesional Supervisada

Lic. Diego José Guacajol Molina
Colegiado Activo No. 10577

Resumen: El presente artículo aborda la evaluación del vínculo supervisor-practicante durante la Práctica Profesional Supervisada como factor influyente en la adquisición de competencias psicoterapéuticas en base a tres aspectos de la perspectiva del psicoanálisis vincular de Enrique Pichón, específicamente la comunicación recíproca, triangularidad del vínculo y estructura triangular cambiante. Dicha investigación se enfoca en resaltar el valor del papel de la interacción del supervisor y el practicante para el desarrollo académico y formación profesional más allá de únicamente una evaluación cuantitativa o estandarizada, ampliándola al tomar en cuenta el factor humano como la apertura, confianza, diálogo y convivencia o dinámica entre los sujetos.

Palabras claves: Psicoanálisis vincular, práctica psicoterapéutica, vínculo supervisor-practicante, grupo focal, educación.

Abstract: This article approaches an evaluation of the supervisor-student's link during psychotherapeutic practice or internship as an influential factor in the acquisition of psychotherapeutic competences based on three aspects of Enrique Pichón's link psychoanalysis, specifically in reciprocal communication, triangularity of the link and the changing triangular structure. This research focuses on highlight the value of the supervisor and student roles in the academic and professional development beyond a quantitative or standardized evaluation, expanding it by tking into account the human factor like the opening, trust, dialogue and coexistence or dynamic between them.

Keywords: Link psychoanalysis, psychoterapeutic practice, supervisor-student's link, focal group, education.

El proceso de docencia como de formación profesional de estudiantes y la supervisión de práctica profesional representa un elemento clave como uno de los últimos pasos antes de optar por un grado académico de licenciatura, específicamente sobre la práctica profesional psicológica clínica que comprende las capacidades prácticas y teóricas de la psicoterapia.

Los elementos de la teoría y praxis en la supervisión de la práctica profesional psicoterapéutica permiten la evaluación

académica, sin embargo, el aspecto de la relación o vínculo entre el supervisor-practicante no suele ser profundizado en la evaluación de la práctica como tal. Por lo tanto, no se toma en cuenta la influencia de dicha interacción entre ambos sujetos como un factor que puede posibilitar o dificultar el desarrollo de competencias psicoterapéuticas. Por lo tanto, no se toma en cuenta la influencia de dicha interacción entre ambos sujetos como un factor que puede posibilitar o dificultar el desarrollo de competencias psicoterapéuticas.

Un ejemplo de evaluación que incluye el aspecto del vínculo se presenta en España, como lo expone Ruiz (2011), que propone el modelo de evaluación integre los aspectos de competencias de los estudiantes en conjunto con la satisfacción de los agentes involucrados como el cuerpo docente, institucional, administrativo, entre otros. Ahora enfocándolo al contexto guatemalteco, la práctica profesional supervisada clínica posee un enfoque cuantitativo, requerido según las normas académicas evaluativas. Con el fin de que la selección de centros de práctica maneje requisitos necesarios para un ambiente seguro para el practicante que es asignado según el criterio de sus competencias y perfil estudiantil. Pero la interacción entre supervisor y practicante sigue como factor que ha quedado relativamente excluido, así como el vínculo entre ambos sujetos que permite una retroalimentación cercana profesional para el desarrollo de competencias.

En ello recae principalmente la necesidad de investigar el tema, cuyo objetivo es humanizar aquel aspecto descuidado de la interacción entre los sujetos en su vínculo supervisor-practicante y evaluar su influencia como tal en el desempeño de practicantes psicoterapéuticos en Práctica Profesional Supervisada para posibilitar la comprensión de la influencia del vínculo y establecer bases para una estructuración de modalidad de supervisión profesional clínica eficiente que incluya la interacción supervisor-practicante como factor de desempeño.

La investigación cuenta con un grado alto de viabilidad basado en la interacción constante entre el investigador y los sujetos objetivo debido a que se comparte el rol de estudiante y practicante dentro del mismo ambiente. Por lo cual, se enriquece la experiencia y capacidad de

observación de perspectiva crítica interna como la de los sujetos expuestos en el contexto de interés. En cuanto al factor económico, su costo es moderado, en relación con que no requiere de recursos de financiamiento exponencialmente altos, únicamente el incentivo para los voluntarios (servicio de Catering) y el tiempo son los principales recursos empleados para la investigación.

Resaltar el hecho que la formación en la práctica psicoterapéutica no solamente comprende el manejo de teoría, conceptos y aplicación de estos, sino también la capacidad de relacionarse o vincularse con otros profesionales para una retroalimentación que complemente tanto la percepción propia del individuo; en esa comunicación recíproca los sujetos encuentren elementos de desarrollo mutuo, uno en su formación en la práctica profesional y otro en su capacidad docente o de supervisión. Es la parte humana de interacción entre ambos sujetos y aquellos que fungen como pares en la evaluación tienen un significado y propósito en el proceso de adquisición de habilidades terapéuticas y su refinamiento a través de la práctica profesional supervisada. Cabe mencionar que las investigaciones sobre supervisión se orientan a la evaluación y calidad del proceso, así como en los resultados que estos brindan a partir de la práctica de estudiantes, pero el factor relacional humano queda relegado a un plano secundario o dispensable en la evaluación.

Ahora, para contextualizar la presente investigación con relación a fundamentación teórica realizada a nivel investigativo internacional cabe mencionar los siguientes autores y sus respectivos resultados.

Moreira (2012), de Brasil, realizó una in-

investigación cualitativa cuyo objetivo fue la comprensión a profundidad de las condiciones de enseñanza y transmisión del psicoanálisis en la práctica de la supervisión clínica de pasantías de posgrado. Se utilizó una encuesta acompañada del uso de consentimiento informado, dirigido a 4 estudiantes a inicios de su práctica clínica. Los resultados indicaron que la supervisión clínica posee un sentido pedagógico que alude a la dimensión de control, en la función del supervisor surge esta imagen antagónica que toma dicho control y la función del analista como el orientador. En la interacción de dichas imágenes con el alumno, Moreira considera que la transferencia permite un lugar de aprendizaje, tanto a nivel individual como entre pares la supervisión requiere de dicha transferencia para la exposición no solo del desempeño del practicante, sino de sus procesos internos y la comunicación con su supervisor quien puntualiza dichas manifestaciones.

En la investigación de Jaramillo y Yáñez, (2015), se abordó el comprender la experiencia emocional de los estudiantes de pedagogía de Chile al enfrentarse a eventos de maltrato por parte de los docentes del establecimiento en sus prácticas profesionales, utilizando la técnica de incidentes críticos, para lo cual se entrevistó a 12 estudiantes. Los resultados establecieron que la interacción conflictiva por parte de un superior durante el proceso de prácticas influye significativamente en el estado emocional del estudiante y la autoeficacia percibida que aumenta los niveles de ansiedad e inseguridad durante el proceso. Algo que valdría la pena resaltar es que dichas figuras de autoridad pueden ser representadas por representantes o personal del centro de práctica al que asiste un estudiante.

Marques (2015), en Brasil, indagó sobre la inclusión de la tecnología para supervisión a distancia y su aprovechamiento. Su población consta de 19 estudiantes que aceptaron un consentimiento informado y se realizaron dos grupos, uno en el que 10 estudiantes asistían a supervisión presencial y 9 por vía Skype. Fue utilizado un cuestionario para establecer los parámetros a los que serían sometidos los estudiantes al emplear la plataforma Google Docs. Los resultados apuntan a que 11 personas tuvieron preferencia y mejor desempeño en práctica en lo presencial debido a que la relación se potencializa en dicho desenvolvimiento cercano. No obstante que es una herramienta valiosa, pero requiere de mayor rigurosidad y estructura para preservar un ambiente seguro para la información intercambiada al igual que la seguridad de identidad del paciente debido al ambiente.

Greacen, et al (2017), realizaron una investigación en Francia del impacto que presenta la necesidad de la supervisión clínica dentro del ámbito de visitadores de hogares a partir del uso del consenso *Delphi* con los aportes de los supervisores de los visitantes del programa *Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance*. Los resultados indican que existe una necesidad de la supervisión en el ámbito de la psicología clínica más allá de la pedagógica o de competencias, más bien que se incluya el aspecto del individuo como ser y enfocado en la supervisión individual establece cuatro aspectos a consideración para una supervisión funcional. 1) La organización y el contexto de las sesiones de supervisión. 2) Las destrezas del supervisor. 3) La relación entre el supervisor y el supervisado y 4)

Las estrategias de intervención de la supervisión dentro del proceso de supervisión.

A continuación, se exponen investigaciones realizadas dentro del contexto guatemalteco que permiten la apertura para el abordaje del tema de la presente investigación. No obstante, el tema de la percepción de la influencia del vínculo supervisor-docente en el desempeño de la práctica profesional supervisada es un tema escasamente investigado, por lo que los resultados de las siguientes investigaciones han sido adaptados.

En cuanto a Orozco, Morales y Muñoz, (2009), realizaron un estudio que exploró sobre la práctica educativa de 14 profesores a cargo de cursos de investigación y experiencias de intervención junto con trabajo de campo en la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Escuela de Ciencias Psicológicas y el Colegio Profesional de Psicólogos de Guatemala. A ello se incluye aplicación de un cuestionario y entrevistas a graduados y profesores. Los resultados demostraron que la formación teórica y práctica conlleva procesos de reestructuración a los cuales la formación profesional de estudiantes debe ser facilitada la inducción a cursos y alianzas estratégicas para fortalecer el aprendizaje para una introducción al campo práctico más adecuado que a largo plazo funja en el ámbito profesional que a su vez proporcione paralelamente la formación profesional supervisada.

De la Roca (2012), realizó una aproximación al nivel de autoeficacia de los estudiantes de quinto año en la licenciatura en psicología clínica de la Universidad Rafael Landívar en cuanto a trabajo y participación en la práctica profesional supervisada, donde utilizó una adaptación de la escala de autoeficacia académica dirigida 40 estudiantes. Los resultados establecieron el que

la autoeficacia de los alumnos se encontró a un nivel adaptativo, con impresiones positivas sobre sí mismos y sus capacidades, que infiere una concepción adecuada personal y teórica influye en un desempeño adecuado en conjunto de demostrar el beneficio del proceso de supervisión durante la práctica profesional.

Sánchez (2012), investigó la influencia de la actitud de maestros en el establecimiento de un clima de trabajo y aprendizaje positivo dentro del aula en el Instituto Austriaco y Colegio de Viena de Guatemala. La muestra consta de 8 maestras, de las cuales 4 son del Instituto Austriaco Guatemalteco y 4 del Colegio Viena Guatemalteco. La metodología utilizada fue la observación con diario de campo, entrevistas abiertas en base a la teoría de Torrego y Lavanchy. Los resultados indican que para lograr un ambiente de trabajo y aprendizaje positivo el docente tiene que integrar el afecto en la enseñanza, reconocer las características y necesidades individuales de los alumnos, permitir y validar la expresión de opiniones y sentimientos, prestar atención y apoyo a los estudiantes, valorando la convivencia y comunicación entre docente y estudiante.

Por lo tanto, al tener una conceptualización más clara de la situación investigativa del tema objetivo, a continuación, se expone la justificación teórica que sustentará el procedimiento y análisis de la presente investigación.

Sobre el vínculo

El término vínculo proviene del latín *vínculum* (cadena, atadura) formada de *vincire* (atar) y el sufijo instrumental *-ulum* que según García y Gross (1988), hace referencia a la unión literal o simbólica de la persona, el nexo que se forma entre dos sujetos.

En cuanto a una definición más cercana al ámbito clínico psicológico, Consuegra (2010), destaca su importancia en cuanto a ser un factor determinante para el cambio en el paciente y la posibilidad de la existencia de un ambiente interpersonal facilitador como base para el trabajo de componentes activos en terapia. De esa forma la dinámica de las fuerzas internas de la persona en contacto con otros permite ese desarrollo en base a la misma reciprocidad de energías en la comunicación (Feist, Feist y Roberts, 2014).

Por otro lado, Jaroslavsky (2006), desde el psicoanálisis brinda parte de su criterio en cuanto a la definición del vínculo con apoyo de fundamentos de Norbert Marucco:

(...) Marucco en su libro “Cura analítica y transferencia” plantea algo similar al estudiar el narcisismo primario y su origen (...) escribe: “habría que diferenciar, en suma, cuando el “ser se realiza en el no ser” o sea, en el ser de otro, y cuando el ser se realiza desde el propio ser, con el ser del otro, o sea, desde ambas puntas de la relación dual”. Estaría estableciendo aquí una diferencia entre enamoramiento, donde emergería una realización del sujeto en el no-ser; del amor en el cual el sujeto está discriminado de su amada. (Jaroslavsky, 2006, párr. 23)

Relaciones objetales, el apego y el vínculo

Cabe agregar que el concepto de vínculo, si bien tiene relación con el apego estos dos términos no tienen las mismas implicaciones en las relaciones humanas. Principalmente en base a su factor comunicativo. Ramírez (2010), hace mención del aporte de Lagache en el cual define las relaciones de objeto como “una tendencia o un comportamiento dirigido a un objeto, por

oposición a un comportamiento o tendencia dirigida a la propia personalidad”. Esto indica el aspecto materialista u objetivista de la relación objetal y no al aspecto vincular recíproco.

Análogamente en la investigación de la teoría del apego de John Bowlby y Mary Ainsworth se deposita interés al factor relacional del ser humano en su desarrollo temprano, enfocándose principalmente en la relación con los cuidadores primarios y cómo esto determina el desarrollo social e intrapsíquico del individuo (Bretherton, 1992). Consecuentemente Melanie Klein, amplía la motivación humana más allá de lo biológico pulsional expuesta por Freud, añade que existe un objetivo y motivación subyacente para la reducción de tensión en la persona. Aunque el sujeto en su finalidad consigue placer, este se ve condicionado a partir de las vivencias del sujeto en su infancia y las huellas mnémicas que asimiló proyectadas en sus relaciones actuales (Feist et al., 2014).

Bajo el enfoque de psicoanálisis vincular de Pichón, citado por Bernal (2000), abandona la concepción de la interacción del ser humano tan sólo a nivel objetal al agregar la connotación humana entre ambos sujetos en vez de ser extensiones del yo del individuo. Esto significa que la teoría del vínculo reconoce a ambos sujetos como un “otro” y que en dicho reconocimiento se produce la comunicación recíproca necesaria para el desarrollo del individuo y la integración saludable de su yo junto con el reconocimiento de las diferencias o similitudes de los “otros” con quienes entra en contacto.

Al disponer del acceso de información de las teorías de Bowlby, Klein y Pichón respectivamen-

te se entiende que el apego se refiere a la capacidad del ser humano de crear lazos afectivos con otros. En cambio, el vínculo tiene otro tipo de connotación que el apego, el cual que es la capacidad del ser humano de relacionarse con otros a un nivel comunicación o de interacción (Rivera, 2012). Por ende, el vínculo compete en cuanto al componente relacional social e interactivo bidireccional de la persona con otros y el apego al componente afectivo unidireccional.

Base motivacional en la dinámica social

El vínculo descrito como la capacidad de interacción y confianza entre dos sujetos es principalmente el objeto de estudio en la psiquiatría y psicoanálisis, Sin embargo, el factor social que adhiere Pichón a la teoría del vínculo amplía esta relación al nivel cultural y las exigencias del mismo contexto como condicionantes del proceso. Puget (2008), explica este factor social desde el psicoanálisis al mencionar que el ser humano es un “escenario” singular que entra en contacto con otros escenarios en los cuales se proyecta y se tiene una interacción con otro ser este también realiza el mismo procedimiento recíproco comunicativo de introyección y proyección.

Características del vínculo

Bernal (2000), en base a la teoría del vínculo de Enrique Pichón, menciona las siguientes características: es la mínima unidad de análisis de la psicología social, es condición de supervivencia, comunicación recíproca, es una estructura compleja, triangularidad del vínculo y su estructura cambiante.

Funciones del vínculo

Como se ha hablado de los elementos que

caracterizan al vínculo, ahora será abordado las funciones del vínculo como tal en el desarrollo del ser humano y la construcción de su psique.

Ungar (2011), y Urizar (2012), propone que el vínculo comparte características de funcionalidad similares a las del apego, no obstante, poseen diferentes aproximaciones de la relación humana. Primero que, si el apego permite mantener la proximidad afectiva y emocional del cuidador principal en la infancia temprana; el vínculo procura que el infante desarrolle seguridad en su persona para tener la capacidad de explorar sin la necesidad de dicha figura protectora al pendiente del sujeto. De ese modo el desarrollo progresivo da lugar a que el individuo sea capaz de interactuar libremente en la sociedad. Así como ampliar y explorar fuera la zona segura del círculo familiar, que brinda el espacio para el aprendizaje de estrategias frente a situaciones desconocidas que favorece la sociabilidad y la regulación emocional saludable.

Por otro lado, Jiménez (s.f.), propone una aproximación más clínica sobre la función del vínculo a partir del modelo genérico de la práctica psicoanalítica cuyos elementos son la simetría y asimetría relacional, investidura personal y la coordinación interactiva. Estos elementos permiten puntualizar la funcionalidad del vínculo en base al reflejo de la calidad de la transferencia que sugiere como indicador para la calidad de interacción y comunicación, que incluye aspectos afectivos.

El vínculo como tal dentro de lo que es la práctica profesional supervisada posee una estructura asimétrica a partir del hecho que en el proceso de formación el supervisor ha adquirido los conocimientos y práctica terapéutica necesaria

para su ejercer como supervisor, en cambio el practicante se encuentra en proceso de adquisición. Por otro lado, este aspecto de aprendizaje, que se da entre ambos sujetos, alude al aspecto simétrico del vínculo, donde ambos sujetos con diferencia en experiencia al ser dos individuos en aprendizaje personal y mutuo.

La comprobación de disposición y compromiso en la investidura personal para el vínculo refiere a aspectos de seguridad, en las que un vínculo saludable demuestra una interacción entre los sujetos, al punto de ser indicador de progreso profesional y personal.

Por último, con un enfoque interpersonal, la coordinación interactiva que hace nuevamente referencia a la simetría o asimetría del vínculo supervisor-practicante. Esto hace del vínculo una herramienta de identificación de patologías que son producto de relaciones enfermizas establecidas sobre directividad o permisividad como formación reactiva que compromete los roles de los sujetos dentro de un marco en que los sujetos adquieren un sentido permisivo/negligente o directivo/controlador. Se orienta principalmente a asumir un rol democrático o colaborativo entre los sujetos, recíproco, para una interacción y desenvolvimiento saludable.

A parte, otras funciones del vínculo se aprecian a partir de cómo este puede observarse en las dinámicas afectivas y de seguridad, como actitudes emocionales que los sujetos evocan entre sí. De acuerdo a Jiménez (s.f.): “La promoción del vínculo interpersonal se asocia directamente al resultado global de la terapia, lo que convierte a esta heurística en factor curativo independiente”. (p. 43). Que indica el valor curativo del vínculo en la interacción de los sujetos, si bien la práctica profesional supervisada no es un

proceso de terapia, es importante reconocer que dicho procedimiento se realiza bajo constante retroalimentación del individuo y sus situaciones personales en el acompañamiento de su supervisor, por lo que se encuentra latente el factor terapéutico del acompañamiento supervisor.

Confianza, un elemento investigativo del vínculo

Van Kooten (2007), en su introducción del texto *Beyond The ethical Demand* de Løgstrup aborda la necesidad de la ética y la confianza, que esta debe nacer de la relación humana que deriva de la experiencia y la metafísica. Con relación al vínculo, manifiesta el sentido de responsabilidad entre los sujetos, así como Pichón establece que no es una relación entre sujeto-objeto sino entre dos sujetos y por ende existe el reconocimiento del otro en su intención de trato como igual donde la ética fomenta una aproximación no intrusiva en la que la confianza se crea progresivamente en la comunicación recíproca.

El vínculo al ser contextualizado con la realidad social se aprecia cómo progresivamente se fomenta una sociedad incapaz de retomar la confianza como un valor de la vida humana. Trágicamente, ya que la confianza es un motor del vínculo, las relaciones humanas decrecen en cuanto a su capacidad de interactuar fuera de círculos seguros del individuo que delimitan su exploración y desenvolvimiento que son benéficos para la búsqueda de su identidad e integración de su yo.

Bauman (2006), que expone una crítica de la sociedad actual desde el análisis de la teoría de Løgstrup en cuanto a la confianza dice lo siguiente:

El mundo actual parece conspirar contra la confianza. Es posible que la confianza siga siendo, tal como lo señaló Knud Løgstrup, una emanación natural de la «soberana expresión de la vida», pero una vez emitida en nuestros días, busca en vano un lugar donde arraigar. (...) No hay puntos de orientación que parezcan tener una expectativa de vida más larga que los individuos que buscan orientación, por breve que puedan ser sus vidas corporales. La experiencia individual señala obstinadamente al yo como el pivote de esta duración y continuidad que tan ávidamente se buscan. En nuestra sociedad supuestamente adicta a la reflexión, la confianza no recibe gran estímulo. (p. 122).

De este modo se refleja la fragilidad de los vínculos humanos en la creciente sistematización consumista del mismo en la que su valoración pierde el sentido de un vínculo duradero al establecer un “mercado” de demanda afectiva descartable que deshumaniza la relación humana a una mera transacción volátil y pasajera de los individuos extendiéndose nuevamente a una relación objetal donde cada persona utiliza a un semejante como su objeto y no como otro ser con capacidad de comunicación recíproca.

Al tomar en cuenta la estructura del de la psique, el yo, superyó y el ello, es de vital importancia la mención que dichos elementos también se encuentran dentro del esquema comunicativo del vínculo con otros, es una interacción que permite la exploración de la persona y construcción de su yo como tal en la integración de las vivencias sociales y discriminación funcional que lo identifica como individuo único en relación con otros individuos (Larsen y Buss, 2005).

Sobre la práctica profesional

La práctica como tal es la acción de ejercer una acción después de haber obtenido recursos teóricos de formación, en cuanto a la práctica profesional esta se define como como “la experiencia acumulada a través del ejercicio teórico-práctico realizado en un ámbito laboral público o privado interactuando con el contexto real y aplicando los conocimientos y destrezas desarrollados en su formación estudiantil”. (Piña, s.f.).

Esto comprende la primera aproximación a la realidad del contexto laboral de las profesiones al estar durante el proceso de aprendizaje universitario o de carrera. Esto involucra estructuras formales para la organización de las entidades educativas como de empresas o centros de práctica permitan un desarrollo adecuado del estudiante en su vivencia de la práctica profesional.

Ahora bien, si la práctica profesional se centra en el ejercicio de actividades referentes a una carrera o profesión, la práctica profesional supervisada clínica únicamente aborda lo que compete a la carrera de Psicología Clínica, que incluye las variantes en sus corrientes terapéuticas. En consideración con que la práctica profesional supervisada clínica será investigada dentro del marco y contexto universitario y clínico del Instructivo General Facultativo de Intervención Psicológica y Práctica Profesional Supervisada ad experimentum de la Universidad Rafael Landívar (2016) expone que este concepto se refiere a “la asignatura que contempla la culminación del proceso de práctica clínica de los estudiantes, la cual se cursa durante el quinto año de carrera y se encuentra dividida en tres etapas, una para cada ciclo lectivo”. (p. 7).

La realización de la práctica profesional supervisada clínica incluye principalmente un elemento de acompañamiento el cual es la supervisión, que según la Real Academia Española (2017), lo define como el “ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros”. Lo cual alude a dos sujetos, aquel que practica y aquel que supervisa.

Dentro del contexto guatemalteco el Colegio de Psicólogos es el principal exponente de la teoría relacionada a la investigación de la práctica profesional supervisada, a lo cual Consoli, Sechel, Grazioso, Figueroa y Musso (2017), exponen la base de la investigación de la supervisión en crecimiento exponencial desde la integración de la psicología en la formación profesional en 1946. De ello exponen la constante integración de nuevos elementos aplicables dentro de la práctica psicológica y de la supervisión clínica como tal, en el desarrollo de la inclusión de la psicología en otros ámbitos y trabajo interdisciplinario que ha permitido el crecimiento de la carrera como tal en Guatemala.

Consoli, Sechel, Grazioso, Fernández y Cobar (2017), proponen elementos importantes tanto para la docencia de la supervisión como para la práctica de la supervisión, tal como el uso estandarizado del consentimiento informado, el Código de Ética, cumplir con tener una licenciatura profesional para la práctica y ser colegiado activo. Además de que el proceso de supervisión adquiera una connotación de cuasi-terapia en la que el practicante sea tratado similarmente a un paciente, no obstante, este no queda sujeto a dicha imagen, más bien, el que se le permita al sujeto experimentar mediante la interacción de otro individuo cuya preparación es mayor desarrolla las competencias tanto

de comprensión del rol desde la praxis de la profesión, así como de la del sujeto que demanda el servicio.

Por otro lado, el vínculo patológico puede afectar fuertemente a las competencias y desarrollo profesional ya que si este se diere prominentemente desde una estructura vertical donde el supervisor quede como un terapeuta directivo provoca un sesgo y obstáculo para un vínculo saludable de interacción recíproca. De Castañeda y Cobar (2017), rescatan lo que es, o debe de ser un elemento dentro del vínculo supervisor-practicante, la autoridad. Esta, así como se trata dentro del contexto terapéutico, existe una estructura de autoridad establecida desde las instituciones académicas y en relación con la preparación profesional de los individuos, por ende, la jerarquía es presente en el vínculo de este tipo. A partir del proceso de supervisión el supervisor debe de procurar un espacio en el que el supervisado tenga la facilidad de compartir sus vivencias y sus interrogantes de la práctica, inclusive en conjunto con la supervisión de pares. Igualmente, la consideración de los elementos socioculturales de Guatemala tiene una predisposición al control del individuo de menor jerarquía, sin embargo, la práctica clínica promueve la interacción recíproca de ambos sujetos para la transformación de la visión directiva de la supervisión a una interactiva y segura.

Los sujetos, el supervisor y el supervisado

Los sujetos principales de la investigación son el supervisor y el supervisado, estos individuos no necesariamente presentan un perfil similar con sus pares por lo que es importante hacer la mención de que la figura del supervisor no es

representado únicamente por el catedrático o docente asignado por la institución académica de la que proviene el practicante supervisado, este también puede ser representado por las autoridades de los centros al cual asiste asiste el practicante.

De Lebl (2000), define al supervisor como “aquella figura enseñante que posee una jerarquía mayor a la del practicante y que a este le muestra, corrige, aclara, brinda pautas teóricas y prácticas y sugiere al practicante realizar introspecciones de su propio proceso y desarrollo.” (p. 30).

El practicante según el Instructivo General Facultativo de Intervención Psicológica y Práctica Profesional Supervisada *ad experimentum*. (2016), lo define como el estudiante de quinto año en la carrera de psicología clínica que ha llevado una preparación durante los cuatro años previos para el ejercicio profesional y que dentro de la gestión de su *pensum* tiene que realizar la práctica de la teoría recopilada y exposición de su desempeño, calidad y ética en competencias psicoterapéuticas.

La relación o vínculo

Freud (1923), con su aporte de lo consciente e inconsciente, compete en cuanto al vínculo en la consciencia del ser y del reconocimiento de su inconsciencia. Bajo este esquema el individuo debe ser capaz de tener construida de forma íntegra su yo para que pueda diferenciarse del sujeto con el cual desarrollará un vínculo. Por lo que el aspecto intrapersonal es requerido para el desenvolvimiento del vínculo en la comprensión de las necesidades y objetos del paciente para que de este modo su desarrollo progresivo de su personalidad y su ser como tal llegue a pasar de relaciones objetales a la relación vincular, que denota el cambio de una comunicación unidireccional a bidireccional con

otro ser.

Como un punto principal, la estructura de la psique representa un paso inicial para la comprensión del vínculo entre el supervisor y el practicante. La relación de la estructura de la psique con la definición de la relación del vínculo entre el supervisor y el supervisado surge a partir de que para que estos dos sujetos tengan la posibilidad de entablar una comunicación recíproca, según la teoría del vínculo de Pichón, para que sean dos seres que se reconocen como tal más allá de una relación objetal, sino vincular.

Como se habló en los requisitos de la supervisión, queda implícita la estructura jerárquica dentro del vínculo supervisor-practicante, esto queda evidenciado a partir de la condicionante del adjudicar al supervisor la imagen de catedrático y evaluador; que paralelamente al practicante se le adjudica estudiante y evaluado respectivamente. Esta dinámica jerárquica si bien implica un esquema previamente establecido, en el campo de la psicología posee mayor flexibilidad, esto es en función de que el vínculo entre ambas partes debe ser nutritiva y no castigadora o limitante. En ese sentido, cuando se presentan patologizaciones del vínculo Valdéz (2007), hace mención de Caplow sobre la teoría de las coaliciones, en la cual aplicada a la práctica profesional supervisada puede manifestarse el principio de “necesidad de ganar” en la dinámica que refuerza la idea de rivalidad y conflicto entre el supervisor y practicante como causa de la formación de nexo entre miembros, cuando se tiene un sujeto tercero que influye en cuanto al sistema que pertenece el individuo.

Por otro lado, Marucco y Vertzner (2004),

lo abordan desde la manifestación y concepción del poder a partir de que esta también surge a partir de una estructura vincular asimétrico total debido a que no posee la flexibilidad necesaria para la procuración de un ambiente seguro para el supervisado de expresión. Esto imposibilita la simbolización y de actuar con la realidad, ya que su actuar recae en el condicionamiento que compromete la genuidad de interacción. Los sujetos deben tener la posibilidad de crear una trama intersubjetiva que constituirá una imagen o prototipo de categoría psíquica en conjunto de una social que enmarca la reproducción de dicho prototipo aprendido de la vivencia y preservado en la propia vivencia mantenida por el individuo en su interiorización y proyección dentro de la subjetividad personal y social interactiva. La importancia de estas patologizaciones del vínculo sirve para tener un marco de referencia de cómo la manipulación del poder en una jerarquía relacional produce efectos negativos para la interacción social y que a su vez compromete el desenvolvimiento a largo plazo del sujeto con su entorno social y personas con las que tendrá contacto que recrea la imagen del poder en la sumisión o dominación.

Interacción virtual y la supervisión clínica

Es imperante la actualización de los medios de comunicación en la supervisión clínica, especialmente en cuanto al aprovechamiento de los diferentes tipos de medios disponibles para la facilitación del proceso. Rodríguez (2005), expone que es necesario el aprovechamiento de nuevas tecnologías para el desarrollo de nuevas metodologías que integren cualidades de asistencia a distancia debido a que este tipo de modalidad

permite una aproximación a poblaciones alienadas del contexto social cercano. Esto a su vez, para el docente supervisor permite la involucración activa en una era digital que amplía las competencias, no solamente a la clínica y evaluación, sino que extendiéndola hacia la publicidad de imagen de la carrera en sí por medio digital.

Castro, Melville y Zachrisson (2015), en el Congreso Nacional de Estudiantes de Psicología “Retos y Tendencias”, rescatan los aspectos del impacto que el vínculo y una aproximación más humana requiere del mantenimiento de contacto entre los seres para el desarrollo de un vínculo sano. A partir de ello la interacción de la práctica profesional supervisada y la supervisión como tal, si bien ha incurrido cambios en la metodología de docencia añadiéndose elementos de la tecnología para su ejercicio, es inherente el mantener el contacto “real” o próximo de la supervisión especialmente el enfatizar el factor de interacción recíproca física más allá de una interacción digitalizada. La cual tiene su valor, pero no puede valerse por sí misma para el acompañamiento en supervisión profesional en el área de psicología clínica.

Ainsenstein (2015), menciona en su artículo titulado “Cara a cara, cuerpo a cuerpo” la propuesta de examinar indicaciones específicas para el tratamiento “frente a frente”. En relación con la terapia psicoanalítica aplicándolo al tema de investigación la autora rescata el elemento de la interacción dentro de lo que comprende los procesos de transferencia y contratransferencia como motores de la psicoterapia y así en la supervisión una forma de proyección entre los sujetos que permite con la interacción recíproca

del vínculo su consolidación.

Desempeño clínico

El desempeño clínico puede comprenderse como la adquisición de capacidad, competencias y desarrollo de habilidades en cuestión de la práctica de la psicoterapia clínica y el manejo de las implicaciones de seguridad y salud del individuo tales como la estabilidad emocional y psíquica. El Colegio de Psicólogos de Guatemala (2011), define las competencias o desempeño clínico como:

Término que se refiere a la aptitud e idoneidad de un profesional para realizar una tarea o para intervenir en un asunto en particular. Implica además la formación y entrenamiento que le permiten aplicar sus conocimientos, actitudes y destrezas al desempeño de la ocupación de que se trate. Incluyendo la habilidad para responder ante problemas imprevistos. El término también incluye la autonomía, la flexibilidad y la colaboración con el entorno profesional y con las personas u organizaciones con las que se realiza su trabajo (Colegio de Psicólogos de Guatemala, 2011, p.116)

Competencias psicoterapéuticas

Las competencias laborales en el área clínica para Yañez (2005), comprende tres categorías las cuales son conocimientos, habilidades y actitudes. Estas categorías lo que permiten es que el individuo sea capaz de evaluarse mediante el aprendizaje de teoría y práctica psicoterapéutica, así como el realizar diseños de intervención acorde a las necesidades del paciente; las habilidades se relacionan en mayor medida a fortalezas del practicante tales como el ser autodidacta, capacidad de trabajo

multidisciplinario, entre otros que serán abordados a mayor profundidad en la siguiente sección al igual que las actitudes del psicólogo.

Cabe añadir que las competencias recopiladas por Yañez (2005) pueden ser agrupadas en cuatro categorías: diagnóstico, tratamiento, evaluación e investigación del tratamiento. Básicamente las competencias psicoterapéuticas se encargan de todo aquello relacionado al manejo de un proceso terapéutico, el conocimiento y aplicación de la teoría que lleva a la creación de tratamientos pertinentes a las necesidades del paciente que desarrolla la flexibilidad evaluativa al reconocer puntos de mejora y el fomento de la investigación como tal para la ampliación teórica.

Competencias personales

Las competencias psicoterapéuticas son en su finalidad el resultado de la preparación y desarrollo profesional del estudiante que pasa a ser psicólogo. Si bien estas son un fin en sí a alcanzar estas no pueden llegar a cumplirse en su totalidad si no se tiene lo que para Roe (2003), es la base de las competencias, característica personales y rasgos de personalidad.

Estos factores lo que brindan son disposiciones que aumentan la probabilidad de éxito del estudiante en su desenvolvimiento dentro de la práctica psicoterapéutica. En ello se recalca aspectos tales como los rasgos de personalidad que depende inherentemente del caso se convierten en predisposiciones o vulnerabilidades si estas no son tomadas en cuenta en la práctica terapéutica sin un acompañamiento adecuado.

Como punto final, es importante el enunciar que para el desarrollo de ambas competencias no solamente es un proceso de aprendizaje del indivi-

duo alienado del entorno social. La psicología clínica al ser una carrera con una fuerte connotación y orientación humana la interacción entre los individuos, que en el caso de la investigación se refiere al vínculo es vital para el aprendizaje de competencias. Según Ruiz, Ruiz y García (2012), los formadores como quienes están en proceso de formación y sus pares componen la red compleja de comunicación capaz de fomentar las habilidades y potencial del individuo en la interacción recíproca que dentro de la supervisión clínica permite la retroalimentación para su formación académica profesional.

Metodología

El tipo de investigación implementada para el presente proyecto de tesis es de tipo cualitativo, que según Hernández, Fernández y Baptista (2014), se la define de la siguiente forma, “la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto” (p. 358). A lo que según el interés del estudio se fundamentó en un diseño fenomenológico, Creswell (2007) brinda la siguiente definición del diseño utilizado para la presente investigación:

El estudio fenomenológico, por otra parte, se focaliza no en la vida de un individuo, sino más bien en un concepto o fenómeno (...) y esta forma de estudio busca comprender el significado de experiencias de individuos acerca de este fenómeno. (...) el investigador habla con varios individuos que experimentan el fenómeno, 10 individuos que se someten a entrevistas. Y el autor incluye una discusión filosófica sobre los principios de explorar el

significado de experiencias individuales y cómo estos significados pueden ser reducidos a una descripción específica de las experiencias. (p. 31).

Ya que el objetivo es el definir y determinar la influencia del vínculo en el aprendizaje de competencias en la práctica profesional supervisada de la carrera Psicología Clínica de estudiantes de quinto año desde la perspectiva del psicoanálisis vincular de Pichón (Bernal 2000).

El instrumento utilizado corresponde a un grupo focal, cuya aplicación se llevó a cabo bajo el uso de entrevista semiestructurada elaborada por el estudiante y evaluada mediante un proceso de validación por cinco profesionales en el área de psicología clínica. El diálogo en conjunto del análisis de fundamentación teórica comprende el medio de recolección de datos evaluando tres aspectos específicos del vínculo desde la teoría de Pichón que son la comunicación recíproca, la triangularidad del vínculo y la estructura triangular cambiante. Al añadir su influencia en el desarrollo de habilidades o competencias personales y terapéuticas en el proceso de Práctica Profesional Supervisada.

En cuanto a la muestra investigativa, fue realizada dentro del contexto estudiantes de una universidad privada en zona 16, en la carrera de Psicología Clínica de 5to año dentro del curso Práctica Profesional Supervisada (I-III), que cursan dicho proceso en los diferentes centros de práctica disponibles en dicha universidad. Los sujetos de estudio comprenden dos estudiantes de cada sección de práctica, a excepción la sección 05, dentro de un rango de edad de 23 a 30 años. De esta forma la muestra comprende 10 practicantes de quinto año, de los cuales cuatro son de sexo

masculino y seis son de sexo femenino.

Resultados

El grupo constó de cuatro estudiantes de sexo masculino y seis de sexo femenino dentro

entre los integrantes debido a que no hubo la necesidad de imposición de acuerdo o reglas de comportamiento ni manifestación de conductas aversivas.

Voluntario	Sexo	Voluntario	Sexo
A-01	Femenino	F-06	Masculino
B-02	Femenino	G-07	Masculino
C-03	Femenino	H-08	Femenino
D-04	Masculino	I-09	Femenino
E-05	Masculino	J-10	Femenino

Figura No. 1: Esquema de género, tomado durante el grupo focal el viernes 28 de septiembre del 2018.

de un rango de edad de 22 a 25, a los cuales se les asignó un nombre clave a cada integrante para preservar su identidad, a continuación, se muestra una tabla que identifica a los integrantes:

La dinámica de grupo observado a lo largo de la realización del grupo focal demostró un trato cordial entre los integrantes, esto fue observado a partir de que cada persona cedió la palabra al terminar su opinión a otro integrante y así sucesivamente creando un orden tácito sin la necesidad de intervención del investigador o un moderador. El hecho de dicha dinámica facilitó una pauta de interacción funcional o adaptativa

No se observó la presencia de subgrupos con fronteras evidentes dentro de los sujetos, si bien se percibe mayor afinidad entre ciertos individuos la mayoría se inclina hacia una comunicación asertiva y funcional entre cada integrante. Sin embargo, se puede añadir que, dentro de las conductas manifestadas entre los integrantes, se tiene una alta tendencia a la vocalización cortada o pausada apoyada en muletillas, además de presentar uso de humor y sarcasmo (especialmente con los integrantes E-05, F-06 y G-07) con reacciones de agrado y compañerismo del resto del grupo.

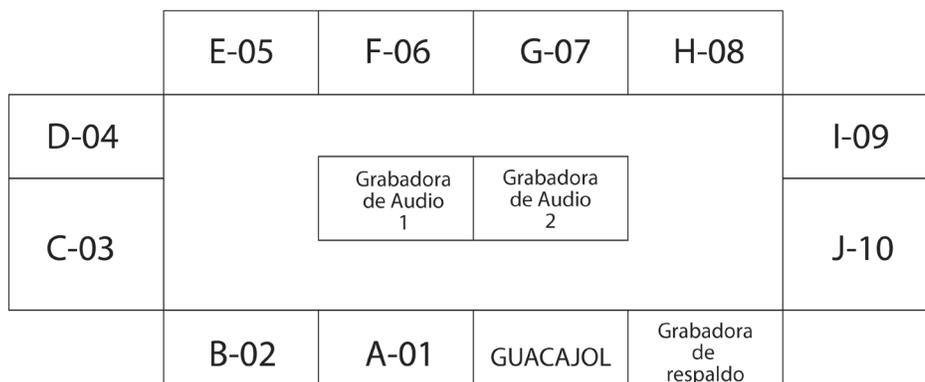


Figura No. 2: Esquema posicional de individuos durante el grupo focal. Recopilado el viernes 28 de septiembre del 2018.

Al dar por terminado el grupo focal se procedió con brindar a los voluntarios el incentivo de participación, que en el caso de la presente investigación fue una refacción de servicio de Catering.

Para el análisis de resultados se procedió a filtrar la información de forma que se realizó una matriz temática en la cual a partir de

la información recopilada en la entrevista semiestructurada del grupo focal se estructuró por indicadores, cada uno con unidades de análisis representativas del contenido documentado en la transcripción. En la siguiente página se puede apreciar gráficamente la matriz de la presente investigación:

"INFLUENCIA DEL VÍNCULO SUPERVISOR-PRACTICANTE EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA"			
TEMA	INDICADOR	OBJETIVO	UNIDADES DE ANALISIS
Influencia del vínculo supervisor-practicante en el desarrollo de competencias en la práctica profesional supervisada.	Comunicación recíproca y desarrollo de competencias personales.	Conocer la influencia de la comunicación recíproca como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias personales.	4.1.1 Desarrollo de competencias personales. 4.1.2 Factores nutritivos de la interacción con el supervisor. 4.1.3 Factores perjudiciales de la interacción con el supervisor. 4.1.4 Imagen idealizada de estudiantes sobre el supervisor.
	Comunicación recíproca y desarrollo de competencias terapéuticas.	Conocer la influencia de la comunicación recíproca como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias psicoterapéuticas.	4.2.1 Desarrollo de competencias terapéuticas y formativas. 4.2.2 Factores nutritivos de la interacción con el supervisor. 4.2.3 Factores negativos de la interacción con el supervisor. 4.2.4 Requisitos para el ejercicio de supervisión por docentes.
	Triangularidad del vínculo	Conocer la influencia de la triangularidad del vínculo como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias.	4.3.1 Confianza, vínculo y autoridad. 4.3.2 Falta de conocimiento del Código de Ética de Psicólogos.
	Estructura triangular cambiante.	Identificar la influencia de variantes en el contexto de práctica como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias.	4.4.1 Organización de cursos y acompañamiento. 4.4.2 Seguimiento de proceso de intervención a práctica. 4.4.3 Aprendizaje contextual y campo de trabajo agradable. 4.2.4 Propuestas.

Figura No. 3: Matriz general de la influencia del vínculo supervisor practicante en el desarrollo de competencias en la práctica profesional supervisada.

Comunicación Recíproca y desarrollo de competencias personales

INDICADOR	REACTIVOS	UNIDADES DE ANÁLISIS
Comunicación recíproca y desarrollo de competencias personales	¿Consideran que la interacción personal con supervisores influye en el fomento de competencias en el ámbito personal?	4.1.1 Desarrollo de competencias personales
	¿Qué aspectos del vínculo supervisor-practicante ha influido o perjudicado su desarrollo de competencias personales? ¿El supervisor le ha brindado o proporcionado acompañamiento?	4.1.2 Factores nutritivos de la interacción con el supervisor 4.1.3 Factores perjudiciales de la interacción con el supervisor
	¿Cómo han llegado al criterio de selección o preferencias de acompañamiento de un supervisor para su desarrollo de competencias personales?	4.1.4 Imagen idealizada de estudiantes sobre el supervisor

Figura No. 4: Matriz del indicador de comunicación recíproca y desarrollo de competencias personales.

Desarrollo de competencias personales

Las competencias personales expresadas por los estudiantes se orientan a que el supervisor haya fomentado el inicio de un proceso terapéutico, el acompañamiento como tal en situaciones estresantes, brindar el apoyo, confianza y más allá de supervisión académica, el brindar su presencia.

Mi catedrática de práctica siempre ha estado para mí y han pasado como que momentos bien difíciles este año y ella siempre se ha marcado, o sea siempre ha estado allí a la par mía apoyándome. En lo personal ella me ha motivado también con mi avance y siga actuando con lo que estoy haciendo (J-10, párr. 12).

Eh... pues yo por lo menos personalmente si

he sentido que sí me ha ayudado, o sea si si se ha preocupado por lo menos por mí va o sea a veces es como “mira eh... la veo muy cansada, eh... está bien o... a veces la veo un poco seria ¿todo bien?” (...) Y la verdad es que, pues, por lo, siempre ha estado atenta a mi persona, tampoco tan tan de que, pues le vaya a confiar mis cosas o qué sé yo verdad, o sea tampoco tan personal, pero si ha buscado como que ver que uno esté bien (H-08, párr. 21).

A partir de dichas acciones los estudiantes han logrado desarrollar competencias personales referentes a la confianza en su propio criterio y en su persona para el autocuidado personal, el identificar fortalezas y aspectos de trabajo personal fomentando la autoconfianza.

Yo creo que en mi parte la supervisora ha mostrado bastante accesibilidad no solo en temas de la práctica sino en temas personales y si se muestra bastante abierta a este tipo de cosas y si me ha motivado en lo personal y me ha ayudado a ver qué aspectos tengo que cuidar en mí y qué aspectos puedo mejorar en mí pues para una mejor intervención, pero no desde la parte teórica sino desde la parte personal” (D-04, párr. 23).

Yo considero que el el vínculo que tu mencionabas el vínculo que yo tuve con mi supervisora me ayudo bastante a identificar eh más que todo mis fortalezas que es algo que me cuesta mucho ehm... y ayudarme a no ser tan crítica conmigo misma y ser... (C-03, párr. 25).

Factores nutritivos de la interacción con el supervisor

Estos factores se refieren a aquellos que han permitido el desarrollo de competencias personales a partir de la interacción con el supervisor, engloba actividades tanto académicas como personales con los supervisores, de modo que se toma en cuenta cualquier interacción o dinámica que los estudiantes han tenido a lo largo del proceso de Práctica Profesional Supervisada.

Considero que fomentar la autoconfianza como profesionales por parte de mi catedrática fue ehm... muy importante porque en lo personal de alguna manera sabía que 5 años atrás había aprendido, pero al momento de ponerlo en práctica dudaba. Entonces el que ella dijera que era capaz y que nos fomentara en general que ya nos creyéramos como ella misma dijo el “papel del psicólogo” que ayuda

a que realmente uno se sienta fortalecido y se desempeñe de la mejor manera (I-09, párr. 28)

De otra forma se descubre que la responsabilidad personal fomentada a partir de brindar un espacio de confianza, como de exigencia teórica en cuanto a la aplicación de corrientes terapéuticas permite que al estudiante se le facilite la identificación con el tipo de psicoterapia que brindará como profesional, así como el sentirse cómodo con el trabajo realizado. Se presentaron tanto casos en que esto fue posible, así como en los que una corriente fue impuesta a los estudiantes.

Yo creo que, por ejemplo, con la que yo tra... con mi catedrática yo creo que si me ayudó mucho la apertura, la flexibilidad que yo mismo indagara y fundamentara mi trabajo a partir con lo que yo me identificaba porque si no estoy mal en otras secciones por decirlo así como que se exigía demasiado que se trabajara a partir de un enfoque y yo pienso o analizo a partir de de esa manera que si yo hubiera estado en otra sección yo me hubiera frustrado (...) (E-05, párr. 31)

(...) mi supervisora hacía mucho énfasis en en la importancia de estar bien con uno mismo para poder estar bien con los pacientes entonces creo que eso fue algo positivo de ella (C-03, párr. 36)

Asímismo, la comodidad e identificación de la corriente fue descubierta por los estudiantes a partir de la experiencia y acompañamiento del supervisor de forma objetiva.

Eh... si, igual creo que un aspecto positivo es de parte de mi supervisora fue darme la confianza, hacerme sentir confiado de utilizar el enfoque que yo quería utilizar, eh... claro, pidió fundamentación y todo lo necesario, también el demostrar que eso es importante pero me dio la confianza de poder eh... como aventarme en algo en el enfoque que yo quería y me enseñó también que parte de estar bien con uno mismo es sentirse cómodo con el enfoque que uno está trabajando, entonces eso fue muy positivo y también lo que ayudo es su objetividad porque no solo es la confianza sino que también es como un paso a la hora de que te hagan retroalimentaciones que le muestran a uno que él no está a favor ni en contra, está en punto objetivo y creo que es una parte importante que también si se fuera para alguno de los dos lados se volvería negativo (D-04, párr. 38).

Factores perjudiciales de la interacción con el supervisor

Existen dos constantes en cuanto a factores perjudiciales de la interacción con el supervisor para el desarrollo de competencias personales, se centran en falta de establecimiento de límites y carencia de apoyo.

A partir del relato de una estudiante se infiere que la compasión o sobreprotección de un practicante en una situación difícil puede convertirse en un obstáculo que no permita el desarrollo del potencial del estudiante.

(...) entonces yo siento que también debe mantener esta distancia a la vez de marcar el límite de bueno yo solo soy tu catedrática y te puedo apoyar en lo que querrás pero comprender de que si soy tu catedrática

entonces de que igual te voy a poner presión aunque estés pasando por un momento difícil (...) (J-10, párr. 29).

El segundo se orienta a complicaciones en la comunicación con su supervisor en cuanto a situaciones de prejuicio hacia el estudiante, desacreditación de aspectos personales y la falta de un ambiente comunicativo agradable o funcional para el desarrollo de la confianza entre ambos sujetos.

(...) Yo no sentía cómo aquella aquel apoyo de parte de ella, o sea si yo tenía una duda eh sentía como que no le podría preguntar tan abiertamente sin antes como que consultarlo por otro lado porque no me iba a brindar como la información muy objetivamente “bueno no sabe le voy a enseñar” sino que ella me decía así como “esto ya lo debería saber”(…) (A-01, párr. 30).

“Ahí pienso que mi supervisora personalmente carece de la apertura de la objetividad porque (...) siento que mi supervisora nos está imponiendo su enfoque al y desacreditando a los otros y creo que eso no es confiar tanto en el profesional y en lo él que puede hacer (...) (F-06, párr. 39).

Imagen idealizada de estudiantes sobre el supervisor

Se tiene la concepción general a partir del relato de los estudiantes que en el proceso de Intervención Clínica hubo una constante de desorganización en el tipo de docencia de los catedráticos, que provocó en Práctica Profesional Supervisada la búsqueda de una mayor estructuración la cual fue encontrada en dicho curso con los supervisores respectivos del curso.

De ese modo los estudiantes expresan que la forma de selección de un supervisor fue realizada a partir de experiencias previas con dicha persona en diferentes ámbitos tanto académicos como sociales ejemplificando el vínculo con el supervisor cómo el conocer a la persona más allá de la faceta académica.

E igual me guié mucho en experiencia previas de relación no de supervisora sino de persona-catedrático-alumno y eso me ayudó bastante a elegir, pues a que a quien elegir para este año y la verdad es que me resulto bien porque lo que estaba buscando era justo lo que mencioné antes de apertura, flexibilidad y más que todo como alguien que me abriera las puertas a teoría, que me recomendara libros, que no solo estuviera este aspecto de del cuidado de la persona, del cuidado como terapeuta, sino también de informarse de lo teórico y creo que es uno de lo que buscaría en futuras ocasiones si tengo que buscar un supervisor (C-03, párr. 53).

Sin embargo, se presenta el caso de un estudiante que tiene preferencia sobre una dinámica más distante con la figura de supervisor

mostrando que existe variedad en metodologías de trabajo entre los estudiantes, tanto aquellos que requieren un acompañamiento continuo y seguido como aquellos que prefieren de lapso espaciado o intermitente.

(...) yo soy más por ejemplo de de a mi me gusta trabajarlo a mi modo va, a a mi manera, hacerlo yo mismo, solventarlo yo mismo, es un trabajo mucho más solitario que que alguien que venga a estar constantemente diciéndome “cómo vas” “te ayudo” “qué te puedo dar” me me hostiga por decirlo así, a mí me molesta eso y creo que al menos este año aun cuando no busque quien haya sido la catedrática que... como con un perfil de catedrática verdad (...)
(E-05, párr. 54).

A partir de ello se encuentran aspectos de tanto un supervisor que tenga la capacidad de atender a los estudiantes tanto en el acompañamiento como en brindar su tiempo para la evaluación de desempeño, coherencia de teoría brindada y acompañamiento de auxiliares pertinente a corde respetando la estructura del catedrático.

Comunicación Recíproca y desarrollo de competencias terapéuticas

INDICADOR	REACTIVOS	UNIDADES DE ANÁLISIS
Comunicación recíproca y el desarrollo de competencias terapéuticas	¿Qué competencias psicoterapéuticas han desarrollado a partir de la supervisión y acompañamiento?	4.2.1 Desarrollo de competencias terapéuticas y formativas.
	¿Qué aspectos del vínculo supervisor-practicante ha influido o perjudicado su aprendizaje de competencias psicoterapéuticas?	4.2.2 Factores nutritivos de la interacción con el supervisor. 4.2.3 Factores negativos de la interacción con el supervisor.
	¿Qué requisitos debe poseer un supervisor o autoridad para la orientación del proceso de Practica Profesional Supervisada?	4.2.4 Requisitos para el ejercicio de supervisión por docentes.

Figura No.5: Matriz del indicador de comunicación recíproca y desarrollo de competencias terapéuticas..

Desarrollo de competencias terapéuticas y formativas

Las competencias terapéuticas desarrolladas por los estudiantes se orientan a la identificación de la corriente terapéutica afín a su forma de trabajo, aprendizaje autodidáctico y adaptativo hacia el tipo de contexto en el que desarrollan su práctica profesional que a criterio de los estudiantes se debe a la oportunidad de haber tenido una interacción amena y de confianza con sus supervisores que a su vez permitió el desarrollo de la práctica de sus conocimientos.

(...) mis planes terapéuticos habían comenzado desde la trec que no me gusta pero lo había hecho así por la estructura y pues la mi supervisora me brindó el espacio y la confianza de poder probar pues fundamentado mi enfoque entonces fue muy enriquecedor el haber tenido otra perspectiva, el haber probado las dos cosas y entonces de esa forma asegurarme... porqué escojo una y porqué no el otro (...) (D-04, párr. 99)

(...) experimentar de alguna manera lo que estas solo leyendo y estas poniendo en práctica fue lo que para mí más me enseñó (murmuros del F-06 y G-07) además de que eh a adaptarte a un contexto en el que a veces no tenés donde atender más que en un pasillo en una banca entonces ahí te das cuenta que a la luz de la clínica hacer la clínica no es estar dentro de una clínica sino es un área en práctica lo que has aprendido de trabajar con lo que tenés en el momento y tomar los recursos de tu paciente y tomarlos los tuyos para salir adelante (párr. 103).

Factores nutritivos de la interacción con el supervisor

La interacción con los supervisores, según lo recopilado en el grupo focal, ha permitido el desarrollo de competencias terapéuticas a partir de la experiencia del supervisor y el que comparta dicha experiencia mediante la retroalimentación y supervisión, el manejo del contexto del centro al cual se encuentra asignado, tener flexibilidad en cuanto a la forma de trabajo y la confianza en sus estudiantes.

Entonces la confianza a mí me ha ayudado mucho porque a mi yo logré identificar como que un abuso sexual en una persona y lo identifiqué por síntomas y nada más que por síntomas y no por lo que ella me relataba y entonces con mi supervisora si me dijo “dale, vas a hacer lo siguiente y muy bien y confío en ti, dale, tú puedes hacerlo” entonces eso a mí me motivo a continuar porque si quiera que no me sentía mal y eso me dio inspiración a mí misma de saber que sí lo puedo hacer y que sí tengo estas capacidades pero si el tera si la supervisora no no confía en tí qué hago qué ayuda me esta brindando pues o sea sí se nota que no confía en lo que estoy haciendo y me hace de menos y como que “que mula sos” o sea que qué inspiración me va ayudar o qué me va dar a mí para que termine mi proceso de práctica (J-10, párr. 116).

A mí me han ayudado tres aspectos, la autenticidad de mi supervisora en ser pues en mostrarse auténtica con nosotros, en invitarnos a ser auténticos con nosotros mismos y en nuestra relación con pacientes. Igual como mencionaban varios la flexibilidad que tiene y la apertura y... más que todo eso (C-03, párr. 117).

Sin embargo, se presenta el caso de un estudiante que menciona que la estructura rígida de su supervisor le permitió el poder desarrollar la organización propia, por lo que se puede inferir que los aspectos que se manifiestan como características de los supervisores pueden ser tanto nutritivas como perjudiciales dependiendo de la singularidad del estudiante practicante.

Yo pienso que a mi me ha servido lo contrario, la estructura porque quiera que no me ha ayudado a mi a hacer cambios por ejemplo yo era una persona muy desordenada y al ver que tenía como deadlines eh y agarré un cuaderno y empecé a ponerme objetivos para la semana o objetivos o cosas como “tenés que hacer esto (...) (F-06, párr. 109).

Factores perjudiciales de la interacción con el supervisor

Dos factores son predominantes en los factores perjudiciales de la interacción con el supervisor, uno de ellos es que el supervisor muestre agotamiento o exasperación de llevar a cabo una clase. Esto indica que los estudiantes pueden verse afectados por la presencia del supervisor como condicionante a su expectativa del curso.

Eh... perdón por regresar a algo negativo, pero saben y tal vez las personas que estén conmigo pueden corroborar que mi supervisora ha afectado mucho que (...) cuando llega a clase se ve como que ya está atosigada de la vida (...) (F-06, párr. 120).

En cuanto al segundo, se encuentra

relacionado a favoritismos por parte de los supervisores, en ello los estudiantes manifiestan frustración en cuanto a un trato desigual del supervisor hacia los practicantes en el que señalan la importancia de una evaluación equitativa respecto a calificación de desempeño en la práctica profesional supervisada.

Y otra cosa también con SUPERVISORA es el favoritismo. Por ejemplo, al presentar y cosas así, que corrige errores en unos y a otras personas comete los mismo errores, pero no lo corrige entonces siento que tampoco ayuda mucho a esa persona por el hecho de que no le está corrigiendo los errores que está cometiendo porque le cae bien. Entonces tampoco ayuda (A-01, párr. 129 y 134).

Requisitos para el ejercicio de supervisión por docentes

A continuación, se enlistará los requisitos que a criterio de los estudiantes son necesarios para que un docente se encuentre en capacidad de ejercer la supervisión en el curso de Práctica Profesional Supervisada. Estos incluyen tanto aspectos personales como formativos y de experiencia profesional.

- Llevar un proceso terapéutico

Yo creo que una recomendación que yo tendría es de que, así como nosotros llevamos un proceso personal ellos también deberían de trabajar y lograr entender la separación de supervisor practicante (J-10, párr. 138).

- **Experiencia y objetividad**

(...) experiencia en la clínica para tener como que referencia con que ayudarnos y objetividad. Pienso que la objetividad es importantísimo porque si a mí no me recalcan si sólo me recalcan en que voy bien o que voy mal entonces qué oportunidad tengo yo de crecer (C-03, párr. 139).

- **Que exista un hombre supervisor. Reconocer el aspecto femenino y masculino en Práctica Profesional Supervisada.ad**

Necesitamos un hombre en práctica. Es que digamos, cuando uno estudia esto (...) uno reconoce la singularidad de la persona de los aspectos que tiende a mostrar o sea cada uno es singular a su manera y hay que reconocer que en el aspecto masculino y femenino igual hay una una singularidad verdad y aquí veo que principalmente domina el aspecto femenino de corriente cognitivo conductual o gestalt y del aspecto del masculino para para ahondarlo de otra manera o de otra faceta, lo veo y creo que se plasmaba sobre todo en la presentación de casos para el auditorium que presentaron puras

mujeres y cognitivo conductual o Gestalt (E-05, párr. 140 y 144).

- **No desacreditar otras corrientes**

Al menos a mí, solo para agregar a lo que dijo F-06 es que no sólo, ok está bueno que no conozcan pues todas las corrientes porque hay un montón va pero que sí se mantengan objetivos, y bueno, tú la puedes usar lo fundamentas y todo sin que vengan y les desacrediten en clase porque ellas no están de acuerdo ya sea que vengan en una clase “yo no entiendo para que sirve tal técnica o tal corriente” ¿por qué no? o “tal corriente que se quede en el pasado porque ya no sirve” verdad, entonces eso no, no lo siento muy objetivo (...). (A-01, párr. 147).

- **Disponibilidad de tiempo y apoyo**

Talvez lo único que añadi... que añadiría a todo eso es que se compruebe que tienen el tiempo suficiente para llevar a cabo su puesto, (...) que se compruebe que tengan el tiempo suficiente y que también tengan una experiencia bastante marcada no sólo profesional, sino que docente (D-04, párr. 129 y 134).

Triangularidad del vínculo

INDICADOR	REACTIVOS	UNIDADES DE ANÁLISIS
Triangularidad del vínculo	¿Qué valor le adjudica la jerarquía en el vínculo supervisor-practicante?	4.3.1 Confianza, vínculo y autoridad
	¿Conocen los reglamentos del código de ética de psicólogos relacionado al vínculo entre profesionales y practicantes? Mencione un artículo relacionado.	4.3.2 Falta de conocimiento del Código de Ética de Psicólogos

Figura No. 6: Matriz del indicador de triangularidad del vínculo.

Confianza, vínculo y autoridad

El desarrollo del vínculo entre los estudiantes y el supervisor implícitamente posee una jerarquía la cual se valora o se establece según las condiciones dadas entre ambas personas, tales como la confianza, tipo de aproximación del supervisor, autoridad que posee, que se infiere a partir de los integrantes de grupo que se favorece una interacción amena de iguales en cuanto a colegas de profesión respetando los roles de ser estudiante y del catedrático supervisor.

De un par, de un colega, de alguien que es parte del gremio. Yo no me sentiría cómodo con alguien que se pone que te haga de menos (...) que se haga el conocedor sabiendo de todo el universo de la psicología. Digamos sobre todo si no es una corriente afín a la que yo me intento desarrollar o profundizar. Digamos que si algo fundamental en clínica es ponerse al igual con el paciente para tener ese tipo de vínculo que permite trabajarlo cómo no intentar replicarlo con las demás personas, digamos este si hay necesidad de manifestar poder hacia la otra persona si está ahí si está afectando el vínculo verdad (E-05, párr. 155).

Un estudiante comenta a partir de lo que otro compañero menciona en cuanto a la oportunidad que la inclusión de una figura masculina puede beneficiar a complementar el grupo de supervisores, que en el año 2018 está constituido únicamente de supervisoras de sexo femenino, puede ayudar al practicante en cuanto a que se dé una transferencia que permita el desarrollo de nuevas perspectivas más allá de lo que los estudiantes perciben como “perspectiva femenina” en la psicoterapia.

Por ejemplo eh va si tiene que ser cercano pero lo que había dicho J-10 en el principio ese vínculo, esa confianza, al final eso hablamos del vínculo que tiene que tener el el catedrático con el alumno y cuando había dicho E-05 lo de eh el hombre eh hombre y mujer también o sea no sólo sería una perspectiva sino también tomaría de la mano con que incluso el estudiante puede tener como que una trasfere una transferencia entonces sería terapéutica hay gente que también se siente más cómoda con hombres o cosas así podría estrechar todavía más con los que quieren ese vínculo verdad (G.07, párr. 156).

Más allá de que el catedrático ejerza su oficio como supervisor de Práctica Profesional Supervisada los estudiantes expresan la valoración de los aspectos personales del propio catedrático como complemento para su desarrollo en la práctica. Una estudiante hace referencia a ello a partir del reconocimiento del catedrático como figura de autoridad académica al igual que otro ser en capacidad de comunicación manteniendo el esquema de autoridad tácito entre los individuos.

Yo más también eso que yo dije o sea como que todos tenemos problemas pues y a muchos nos cuesta separar como que sus problemas y no meternos en nuestra vida académica y yo creo que si uno tiene una cercanía con el catedrático docente eh... esto esto se puede como que aliviar entonces simplemente te pueden dar el apoyo que no te te están dando otra persona como familiar o amigo sino que es esta figura de autoridad pero a la vez es cercano ¿me explico? O sea sos mi catedrático pero a la vez estás ahí para apoyarme por cualquier duda que yo tenga, por cualquier cosa que yo

tenga, por cualquier problema que en mi vida privada esté atravesando. Tonces la cercanía, así como decían mis compañeros, la cercanía sería lo más importante para que elijan a los docentes. Que tengan capacidad de... ¡empatía! con sus estudiantes (se ríe) (J-10, párr. 165).

Así mismo en el caso de otra estudiante, menciona la importancia de la cercanía con el supervisor de práctica de la universidad y añade su percepción de las autoridades del centro. Si bien dichas autoridades de un centro de práctica son ajenas a la estructura académica de la Universidad Rafael Landívar se presenta la necesidad en los estudiantes que exista comunicación entre el estudiante, autoridades del centro, los catedráticos y la universidad como tal.

También considero, súper de acuerdo con el resto y creo que es bien importante que que el supervisor de aquí de la U sea cercano porque suficiente al menos yo tuve con mis supervisoras del Centro C no eran para nada cercanas o simplemente había que hacer lo que ellas decían y a pesar de que ellas tenían más información probablemente en relación a neuropsicología que mi supervisora de acá eh fue la de aquí quien me guió mejor con la misma relación que que se estableció desde antes con ella y no tanto con las supervisoras del hospital (I-09, párr. 167)

Falta de conocimiento del Código de Ética de Psicólogos

Los estudiantes practicantes expresan el desconocer los artículos del código de ética bajo descripción exacta, por lo que se infiere que el grupo como tal tiene una falta de conocimiento del Código de Ética de Psicólogos en cuanto a terminología completa o adecuada de su

contenido. Sin embargo, debido a que el grupo carece de evocación en cuanto al tema en cuestión se solicita el compartir su opinión o saber en cuanto a reglamentos o estatutos relacionados a la interacción con figuras de autoridad o supervisores en el área psicológica clínica, a lo cual respondieron lo siguiente:

Am... yo creo que no se permite como tipo faltas de respeto, creo que no como tu decís no sé los artículos, pero si siempre establecer una relación de respecto recíproca no solo de mi por ser la estudiante sino al de la misma manera de mi catedrática hacia mí porque de cierta manera es cierto que ella tiene mucha más experiencia, pero eso no me hace menos profesional a mí (I-09, párr. 173).

Eh... pienso que o sea nosotros como estudiantes sabemos que a una figura de autoridad o sea lo que hay que hacerle y lo que no pues tampoco... o sea hasta el campo se puede ver si hablo con una catedrática yo por... bueno, tal vez no pero no o sea va a haber diferente campo pues, pero por ejemplo siento que lo que nos hace falta a nosotros es saber qué derechos tenemos nosotros como estudiantes pues o sea nos acostumbran tanto a venir y y bueno yo tengo que respetar a a mi maestro, a mi abuelo, a mi lo que sea ¿me entienden? Pero yo que puedo pedir como como como yo, como este, ajá más que todo eso (F-06, párr. 174).

Yo creo que algo que sé es que no puede ser tu psicólogo si es tu supervisor o algo así verdad, pues... es lo único que sé (C-03, párr. 175).

Si bien existe la falta de conocimiento del Código de Ética de Psicólogos el grupo muestra la retención de conceptos y reglas básicas del trato y convivencia con figuras de autoridad o supervisores. Al igual que es mencionado el

aspecto de los derechos propios como estudiantes en cuanto a la necesidad de aprender los derechos del estudiante más allá de basar el respeto únicamente por jerarquía o contexto social.

Estructura Triangular Cambiante

INDICADOR	REACTIVOS	UNIDADES DE ANÁLISIS
Estructura triangular cambiante	¿Qué cambios ha observado en la interacción con supervisores de Práctica Profesional Supervisada a comparación de Intervención Clínica?	4.4.1 Organización de cursos y acompañamiento 4.4.2 Seguimiento de proceso de intervención a práctica
	El centro al cual asiste, ¿Cómo influye el ambiente en el proceso de Práctica Profesional Supervisada?	4.4.3 Aprendizaje contextual y campo de trabajo agradable
		4.4.4 Propuestas

Figura No. 7: Matriz del indicador de estructura triangular cambiante.

Organización de cursos y acompañamiento

Se encontró que dentro del criterio del grupo focal la organización de cursos y acompañamiento es un elemento vital para su desarrollo en la Práctica Profesional Supervisada, esto incluye tanto los aspectos de la estructura del curso, clases, supervisión y entrega de trabajos respectivos. Una estudiante explica la facilidad que se presentó en el curso de Práctica Profesional Supervisada de solicitar supervisión individual con mayor frecuencia que en Intervención Clínica. Esto indica que en el desarrollo de la práctica profesional existe una mayor dedicación hacia la supervisión de casos.

Para mí la diferencia que yo quiero hacer énfasis en es el tiempo en que tenían para supervisarnos en en *Intervención* no no no había no habían espacios en los que me pudiera acercar a mi supervisor para decirle como mire tengo dificultad con este paciente qué puedo hacer. En cambio este año en la *Práctica* sí hay sí existen esos espacios, esa sería la mayor diferencia (C-03, párr. 199).

Sin embargo, se presentan argumentos diferentes, tal es el caso de una estudiante que expone el caso contrario en el que la accesibilidad del supervisor de Práctica Profesional Supervisada y la confianza de apertura hacia dicha persona es menor a la que sentía con el de Intervención Clínica.

En ello se incluye el aspecto de interés del catedrático percibido por el estudiante en la involucración del proceso de supervisión clínica.

Bueno yo a mí en lo personal o sea... mi supervisor de *Intervención* era muy desorganizado no sabía dar ni las clases, mi *Supervisora* si es muy estructurada y organizada, pero yo sentía una mayor apertura al acercarme a mí al de *intervención* al preguntar algo que a la de *práctica* o sea eso fue en mi caso eh... incluso... siento como que en el tiempo de supervisión en el Centro A en sí pues donde hacíamos la *intervención* y *práctica* llego más veces el de *intervención* que la de *práctica* entonces si siento que es una gran diferencia siento mayor interés en el de *intervención* que en la de *práctica*, o sea de verdad la de *práctica* está así como “ya no quiero, me interesa otra cosa y esto está de último” entonces no... no es beneficioso para mí como estudiante (A-01, párr. 200).

Un factor en común que se presentó en el discurso de los estudiantes es que uno de los principales cambios percibidos en el desarrollo de Intervención Clínica a Práctica Profesional Supervisada fue que en el primero existía desorden en la estructuración de los cursos y entregas y en la Práctica Profesional Supervisada se presenta una estructura de trabajo desde inicio del ciclo educativo que facilita y organiza el tiempo de los estudiantes.

(...) yo estoy de acuerdo con ellos de que en *intervención* es como bien desorganizado y *práctica* es super organizado así de que el primer día le entregan a uno todo lo que tiene que hacer en el año y en *intervención* (...) (H-08, párr. 226)

No obstante, surge la incomodidad de los estudiantes en cuanto a el uso de documentos para expedientes y registro. La experiencia de los estudiantes relata dificultad de adaptación en el aprendizaje de utilización de formatos de trabajo en Práctica Profesional Supervisada a partir de que en el curso previo se les fue dado indicaciones diferentes de uso.

Creo que como primer punto se deberían organizar desde intervención que formatos utilizar o sea más allá del catedrático y docente yo creo que es también la organización entre ellos y entre años porque cómo va a ser de que nos enseñen a hacer informes de una forma, notas de evolución de una forma...

...y en práctica nos cambien eso, para entonces para que me esformé, o sea ¿me explico? Tonces como primero punto para mí es organización entre dos años entre cuarto y quinto año en docentes, el segundo es de que nos den también como que la apertura yo yo tuve como que tal vez la buena suerte que tengo apertura con ambos en *intervención* y con *práctica* pero, yo sí (se ríe) quiero recalcar que a mí en estos dos años ni un catedrático me ha ido a ver cómo doy terapia ¡jamás! A mí nadie me ha ido a supervisar en persona y ese es mi caso pero pero o sea no siento por qué no si yo... o sea... (J-10, párr. 201 y 203).

Esto representa un objeto de malestar para los estudiantes en su proceso inicial de Práctica Profesional Supervisada, inclusive se aprecia la necesidad del estudiante de recibir retroalimentación de la figura del supervisor desde su inicio en el curso de Intervención Clínica y que esta se mantenga a lo largo de Práctica Profesional Supervisada.

Ejemplificando casos tanto de una carencia de acompañamiento como aquellos que tienen la posibilidad de un seguimiento adecuado en su formación académica y profesional como se puede apreciar a continuación:

Bueno yo eh... si es un cambio radical la verdad porque cuando uno ahorita en *prácticas* yo tengo una duda se la cuento a la licenciada y me la contesta con facilidad en cambio con *intervención* yo le preguntaba a la licenciada y ella como "qué opinan los demás" vaa entonces no había no daba una respuesta... (B-02, párr. 206).

Seguimiento de proceso de intervención a práctica profesional

La categoría de seguimiento de proceso de intervención a práctica profesional se orienta al desarrollo percibido del estudiante en relación al seguimiento que se le ha dado por parte de las figuras supervisoras y su contexto académico como tal.

Es que es parte de y yo he hecho esto por dos años y honestamente siento que lo estoy haciendo porque confío en mí, pero cómo sé que si sí lo estoy haciendo bien, en que aspectos puedo estar yo fallando, porque en dos años a mí nadie nunca me ha supervisado en persona, a mí nunca nadie a mi nunca ha tenido el control de eso. Pero sí siento apertura, tengo la buena suerte, tengo la buena apertura de ambos y lo que mencionaba A-01 lo de el la organización, si noto una evidente es evidente la organización con mi catedrático de *intervención* quien era desorganizado, no sabía que hacer, cambiaba fechas a comparación de ahora de que tenemos un memorándum y que we stick to it vaa, o lo hacemos, estas son las fechas y esto es lo que hay que hacer, tú

presentas esto, tú presentas lo otro o sea es bien muy importante la organización para nosotros que también nosotros la necesitamos para poder realizar las actividades pues.

Si.. la preparación si debería ser, *intervención* debería ser la base de *práctica* y no lo ves o sea inclusive te ponen qué dos pacientes al año, yo tuve cuatro pacientes en el año ¿Qué es eso? Y ahorita de la nada ¡tengo doce!... (se deja caer en el escritorio) (J-10, párr. 205 y 236).

El discurso y reacción de la estudiante ejemplifican el caso de una deficiencia en el seguimiento de trabajo de su persona, eso puede deberse a factores externos del contexto en el que se desarrolla el estudiante como la diferencia o cambio de exigencia y organización entre Intervención Clínica y Práctica Profesional Supervisada que puede verse reflejado en aspectos de afluencia de pacientes, interacción con personal y autoridades, propio de cada centro y su singularidad de ambiente.

Debido a ello el seguimiento de los estudiantes practicantes comprende un aspecto necesario para la evaluación de trabajo del estudiante y la capacidad a la que ha sido expuesto en su formación profesional.

Aprendizaje contextual y campo de trabajo agradable

Esta categoría explica la importancia de la inducción y adaptación a los centros de práctica, añadiendo la concientización del contexto guatemalteco y la capacidad de reconocer el ambiente como un lugar agradable o seguro para llevar a cabo la práctica psicológica. Como punto

inicial se abordan dos casos representativos en los cuales la disponibilidad de materiales dentro del centro de práctica representa un elemento a tomar en cuenta para el desarrollo de los estudiantes en su práctica profesional.

Yo en lo personal yo considero que a mí me ha ido bastante bien en el Centro A, o sea siento una apertura por parte de la supervisora del centro eh... pues tengo todos los materiales que necesito, las pruebas, juguetes, de todo, entonces eso también es una gran ventaja y incluso nos dan materiales de lectura y libros que no necesariamente hay que ir a buscar y comprar y muchos programas (...) yo siento que es una una ventaja, a parte que el, que los compañeros con los que comparto todo ese día en el centro pues tengo la suerte de que todos nos llevamos bien y de brindarnos apoyo en caso de que alguno pues... se estanque en un caso o no sepa realmente qué hacer, escuchar también las opiniones de los demás también me ha ayudado, o sea ayuda un poco a quitarnos esa ese como visión tan centrada en un solo problema (A-01, párr. 242).

Ehm... en mi centro... no hay nada. O sea si bien te va te dan la clínica que está al otro lado del Centro C, si está vacía, sino pues tienes que ver qué hacés, sin embargo, no cambiaría la experiencia, no me iría a ningún otro centro porque eh... considero que los gremios (el investigador estornuda) como profesional aprendí otras cosas que nunca había visto aquí en la U entonces... de ninguna por ninguna manera cambiaría el centro a pesar de que en realidad no teníamos nada, no tenemos nada, nuestros afiches de los talleres son de hojas, entonces en serio yo no cambiaría la experiencia eh sobre todo porque como lo dije anteriormente te das cuenta que sí los recursos

materiales son importantes o te facilitan otras cosas pero... nada como tu... tus propios recursos y también considero que al menos para el hospital Centro C tenés que estar cien por ciento dispuesto a trabajar con poco y a la vez con mucho. O sea con poco material realmente pero con mucho, que esta todo dentro de tu cabeza y en serio tenés que amar lo que hacés para... para no recibir mal a tu paciente porque no tuviste tú una silla donde sentarte para poder dar terapia, entonces eh... al menos a los futuros (se ríe) del Centro C o sea si tienen que estar dispuesto y definitivamente eh querer mejorar y trabajar con lo que tenés.” (I-09, párr. 243)

Por una parte se muestra la facilidad de acceso a materiales, pruebas y lugar de trabajo en un centro que posee los recursos necesarios para abastecer tanto a los estudiantes practicantes como el volumen de pacientes que se atiende en dicha institución que brinda la oportunidad de experimentar el trabajo con abasto de materiales para brindar una terapia completa o bien de tipo privado, por el otro el caso de un centro en el cual se tiene escasos recursos con un gran volumen de pacientes en el que se aprovecha únicamente los recursos disponibles del estudiante y del paciente brindando una contextualización a la población vulnerable o de bajos recursos en la sociedad Guatemalteca.

Cabe resaltar que la disponibilidad de materiales si bien es una facilidad que permite el desarrollo de procesos terapéuticos, en ambos casos se menciona la importancia de la interacción con su grupo de pares, en este caso de otros estudiantes practicantes, además que el adaptarse al ambiente priorizando el desarrollo de las propias

habilidades terapéuticas más allá de la dependencia de material o apoyo físico es una responsabilidad del estudiante de promover su desempeño profesional en acompañamiento de un lugar que brinde la seguridad necesaria.

Yo creo que, por ejemplo, voy a la Centro F y de los lugares a los que pude ir porque ese era el lugar en que me podía adaptar de la mejor manera porque es un lugar tranquilo, un lugar donde te llegan los pacientes verdad, te asignan a tus pacientes con regularidad, hay espacios para que podás trabajar y te dan la te dan la confianza que conlleva esa confía... porque uno trabaja, o sea es como esa responsabilidad para que uno sea saque algo del proceso. Tonces a partir de esos aspectos, yo por lo personal me adapté muy bien a ello, pero veo compañeros de que que no les gusta el hecho de que estén tenga demasiada... no sé como esa libertad pudiera decirle que ellos hagan sus cosas, ellos desearían que hubiera alguien al cual poder orientarse en el instante (E-05, párr. 248).

Que te dan la oportunidad de compartir con gran variedad de gente, porque pues, yo siento que eso si ha enriquecido mi proceso qu estoy con un montón de gente que tiene un montón de opiniones que son muy inteligentes que son muy capaces eh y y eso o sea la oportunidad que se le da de tener muchas opiniones, eso para mí es lo mejor del Centro F que estoy compartiendo con otros psicólogos que me están dando otras opiniones que me están capacitando a mí y que ojala pues esté ayudando a ellos a fin (F-06, párr. 257).

Por otro lado, se presenta el caso de una estudiante que ha tenido complicaciones en el contexto en el que se ha desarrollado su

práctica profesional en el que el centro y el personal representa un obstáculo para la práctica profesional.

(...) o sea es el lugar es muy bonito en sí pero así como para psicología malísimo, no hay donde atender a la gente entonces nos toca ir a ver a la gente a sus cuartos... pero no eso no es tan malo pero por ejemplo los cuartos son compartidos entonces es como algo incómodo para la persona hablar teniendo a alguien a la par ahí acostado verda eh... también no tenemos como que esa esa autoridad que tienen los demás en los centros tonces nosotros lo que nos diga el... el residente de “mirá andá a verlo a él” y si uno va y si bien nos va podemos ver al paciente si el paciente puede no querer o puede o puede que el doctor no quiere que uno mire al paciente entonces ehm... también tiene mucho que ver que no no tenemos esa autoridad de decirle a las visitas por ejemplo “mire señora, sálgase” va o no podemos como que echarlos o sea de verdad no hay privacidad para hablar con la persona entonces eh... uno está hablando con la persona y entra la enfermera y “ay le voy a tomar la presión”, y o llegan las visitas y miran que uno está hablando con ellos y se llegan a sentar a la par de la persona entonces eh... esa no es algo bueno porque la persona no colabora entonces es es como extraño porque como lo que decía el centro es muy bonito y todo lo que uno pueda querer en el lugar está verda pero malísimo para poder desarrollarnos malísimo (H-08, párr. 259).

Dicho caso demuestra cómo la interacción con el personal o autoridades del centro igualmente tiene un impacto en la Práctica Profesional Supervisada del estudiante, así como

el contexto en el que se desarrolla el estudiante puede tener variables contextuales diferentes en cada centro de atención terapéutica que son tanto pautas de desarrollo como pautas de conflicto al momento de llevar a cabo la practica profesional y llevar un aprendizaje eficiente.

La concientización del estudiante de su propio contexto, recursos y lugar de trabajo es una constante en el pensamiento del estudiante practicante en cuanto a una autoevaluación de la forma y ejecución de su trabajo profesional. Tal es el caso de una estudiante que comparte su evaluación de su proceso de Práctica Profesional Supervisada en relación a su propia experiencia y lo escuchado de los otros integrantes del grupo focal.

El centro, ajá, bueno el centro a mi considero que si me ha dado bastantes recursos para apoyarme en ellos pero eh... escuchando a A-01 y I-09 también me enseñó a que cuando yo salga, cuando yo me gradué yo no voy a tener nada pues, no voy a tener pruebas, no voy a tener... bueno voy a tener pero no voy a tener como tuve en el centro, entonces si estuve como muy consciente de eso en el año eh... en aprender que la terapia eh la hago yo con el conocimiento que yo tengo y no depende de los recursos que me proveyó en el centro, pero si eh o sea si es importante decir que estábamos como cómodos porque si nos apoyan bastante, entonces lo calificaría como una experiencia muy significativa (C-03, párr. 246).

Propuestas

Como última categoría se enlistan las propuestas dadas por los estudiantes practicantes de una universidad privada para el mejoramiento

del proceso de Práctica Profesional Supervisada. Un factor en común es que la mayoría de los estudiantes brindaron propuestas que incluyen la formación no solamente del quinto año de la carrera, sino que lo enlazaron al aprendizaje de cursos previos como entrenamiento e Intervención Clínica.

- Realización de perfiles de practicantes

Yo creo que, por ejemplo, esto es psicología, debería haber alguna forma en la cual evaluar y obtener los perfiles de ciertas personas y que se logre adaptar a cada uno de los centros o también tanta evaluación de personalidad que hay que podrías relacionarlo con el del catedrático para encontrar el mejor match posible si tanto les gusta eso la psicometría o especificar que que qué hay y que no hay como dice el señor G-07. Creo que son formas demasiado fáciles, prácticas de poder tener un mayor sustento hacia el lugar que uno va más que simplemente “¡a! porque el lugar es lindo o porque esa catedrática me cae bien” (...) (E-05, párr. 262).

- Evaluación general de los centros de práctica, qué necesidades tienen y adaptarse a estudiantes y viceversa

(...) tomarse el tiempo de evaluar realmente no solo con el personal del centro sino las deficiencias que tiene el centro y qué necesidades tienen y si uno se puede adaptar a ellos o viceversa” (I-09, párr. 263).

- Seguimiento del proceso de Intervención Clínica y Práctica Profesional Supervisada.

Eh... bueno eh... yo apoyo de que de o sea pienso yo de que sí de verdad nos dicen de que vamos a pasar por un proceso y que al final uno puede no quedar donde uno escogió para qué nos ponen a escoger, tonces eh también si nos ponen a escoger o si nos dan la opción de de que supuestamente si van a ver los expedientes, a ver a ver como uno ha ido eh desarrollándose en todos los años, que de verdad lo miren porque por lo menos en mi caso yo en *intervención* me mandaron a un lugar nuevo y en el segundo a.. en en práctica me mandan a otro lugar ¡nuevo!, entonces es como o sea a ella ya la mandaron a un lugar experimental, por qué la vamos a mandar a otro experimental pues o sea tener como yo yo si pienso que deberían de de como dicen ellos de ver realmente al estudiante y ver a donde de verdad podría ir... eh... eh eh eso pienso yo o sea de verdad ver a donde uno puede ir y no mandarlo a, por lo menos en mí caso tuve la malísima suerte de mandarlo a un lugar nuevo en el cuarto año y luego mandarlo a otro lugar nuevo en donde no sabe cómo va ir, cómo le va a ir en los centros nuevos va. Y para mi mala suerte malos los dos va, entonces eh eso de que de verdad si si miren a a la al estudiante y a donde más a dónde lo podrían mandar a donde le convendrían mandar al estudiante depende de las capacidades del estudiante, solo (H-08, párr. 269).

- Preparación docente y experiencia clínica en supervisores

Eh estaba escribiendo... mi lista eh... lo primero es que debería, no lo primero en orden de importancia, pero lo primero que yo escribí es que la supervisora esté preparada no como lo que estábamos diciendo nosotros en *intervención*, o sea una supervisora que sepa lo

qué está haciendo, aunque sea nueva, aunque sea vieja, aunque sea lo que sea pero que sepa, o sea que esté ahí para vos (...) (F-06, párr. 270).

- Inducción a centros más completa en contenido y experiencia

Lo de los enfoques como te decía, también la opción de especificar de seleccionar el enfoque y de ahí especializarte en intervención.

Yo no sé si mencionaste lo de que dijiste que además de mayor información en la inducción era como una muestra gratis por así decirlo, probarlo unos dos días tres días porque la gente a veces... (G-07, párr. 261 y 271)

- Iniciar la práctica terapéutica en tercer año de carrera

Yo considero que... que la *práctica* debería comenzar desde tercer año pues para tener un poco más de experiencia y solo (B-02, párr. 276).

- Estructuración de cursos de entrenamiento previo a iniciar Intervención Clínica y Práctica Profesional Supervisada.

Pues de que si nuestra formación es clínica... por lo menos en nuestro caso tres cursitos de entrenamiento en psicoterapia... no fue nada y todos superficiales y peor si pues hay personas que se quedan con sólo lo que vieron en clase que fue una nada... y no es suficiente para ir a hacer psicoterapia entonces bueno ahora en el nuevo pensum hay un curso más eh no es posible que lo tiren a uno a hacer intervención y ahí empezando a recibir entrenamiento. Entonces literalmente lo que lo que se está haciendo es una falta de ética y que estas yendo a hacer nada o hacer cosas solo por hacer y no

estas haciendo algo bien hecho, ni algo establecido entonces eh pues la universidad debería enfocarse más en... si el enfoque es clínico y es para hacer clínica... unos entrenamientos en psicoterapia más formales, más específicos, más entrenamientos, eh... también la importancia de que se manejen los mismos formatos, el mismo orden en intervención y en práctica porque en teoría uno llega a práctica con la intención de de hacer practica y no es posible que pasés más interesado o más enfocado en cómo tengo que hacer las cosas pues hablando de cómo tengo que manejar expedientes, cómo tengo que manejar informes, cómo tengo que hacer estas cosas, en vez de que lo que en verdad importa y la práctica más importante que tenés que hacer es psicoterapia. Entonces se pierde mucho el tiempo por no haber establecido un mismo formato establecido desde intervención (D-04, párr. 281).

Ahora, al proseguir con las conclusiones, el objetivo de la presente investigación fue identificar los factores en los que el vínculo supervisor-practicante influye en el desempeño de la práctica profesional supervisada de estudiantes de quinto año en la carrera de Psicología Clínica cursando Práctica Profesional Supervisada dentro de un rango de edad de 22 a 25 años siendo cuatro voluntarios de sexo masculino y seis de sexo femenino. Los resultados de la investigación indican que de los factores que enmarcan la tríada propuesta por Pichón de acuerdo a Bernal (2000), que es la comunicación recíproca, triangularidad del vínculo y estructura triangular cambiante, la más significativa fue la comunicación recíproca. Esto indica la importancia de la comunicación recíproca con la figura del supervisor, la cual consiste tanto en la apertura, confianza, diálogo y

convivencia entre el supervisor y practicante como punto vital para el desarrollo de competencias en el ámbito personal, académico y profesional en el curso de Práctica Profesional Supervisada.

Respecto al objetivo de conocer la influencia de la comunicación recíproca como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias personales. Se obtuvo como resultado la constante de la confianza entre ambos sujetos como punto de partida para el desarrollo de las habilidades personales, resaltando la apertura del supervisor a las inquietudes y problemáticas personales del practicante para asesoría pertinente. Parte de las competencias personales desarrolladas por los estudiantes que fueron observadas son la capacidad de autoconfianza, insight, cuidado personal, automotivación, identificación de fortalezas y debilidades y autocrítica constructiva. Esto puede observarse en el siguiente ejemplo:

(...) la confianza a mí me ha ayudado mucho porque a mí yo logré identificar como que un abuso sexual en una persona y lo identifiqué por síntomas y nada más que por síntomas y no por lo que ella me relataba y entonces con mi supervisora si me dijo “dale, vas a hacer lo siguiente y muy bien y confío en ti, dale, tú puedes hacerlo” entonces eso a mí me motivo a continuar porque si quiera que no me sentía mal y eso me dio inspiración a mí misma de saber que sí lo puedo hacer y que sí tengo estas capacidades (...) (J-10, párr. 116).

Esto es congruente con los resultados de De la Roca (2012), en donde el beneficio del proceso de supervisión que implica el aspecto comunicativo fomenta el desarrollo de las habilidades personales al tener una retroalimentación de su desempeño y estado de

psique. Así mismo, como menciona Van Kooten (2005), la confianza y ética nace de la experiencia y comunicación, el ser humano como ente social y la formación en psicología clínica posee una exigencia en cuanto a la comunicación entre sujetos en procesos transferenciales (Agallo, 1983; Rivera, 2010; Puget, 2008). Dentro de la formación de los practicantes, el vínculo con el supervisor representa un espacio de retroalimentación y comunicación recíproca para el aprendizaje; por otro lado, si se presentan confrontaciones continuas esto limita el desarrollo del practicante y del supervisor en el proceso de Práctica Profesional Supervisada. Así mismo, las peculiaridades de cada individuo pueden afectar el curso del vínculo y la comunicación entre los sujetos, en especial debido al contexto social de inseguridad en Guatemala existe la dificultad de establecer lazos de confianza y si no se toma en cuenta la personalidad del individuo esta se convierte en disposiciones de desarrollo o fracaso (Roe, 2003; Bauman, 2006). Por lo tanto, la comunicación recíproca en el desarrollo de competencias personal permite que el practicante, a partir de un vínculo sano y la confianza con el supervisor, desarrolle las capacidades de insight, cuidado personal, seguridad tanto en su persona como en el reconocimiento de sus propias habilidades en la práctica profesional.

Por otra parte, en relación al objetivo de conocer la influencia de la comunicación recíproca como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias psicoterapéuticas, se encontró que la incidencia de la interacción con el supervisor ha influido en los practicantes en cuanto a la identificación con la orientación terapéutica de trabajo, desarrollo y adaptación de herramientas de

evaluación y de intervención psicoterapéutica como puede observarse en el siguiente ejemplo:

D-04: Eh... si, igual creo que un aspecto positivo es de parte de mi supervisora fue darme la confianza, hacerme sentir confiado de utilizar el enfoque que yo quería utilizar, eh... claro, pidió fundamentación y todo lo necesario, también el demostrar que eso es importante pero me dio la confianza de poder eh... como aventarme en algo en el enfoque que yo quería y me me enseñó también que parte de estar bien con uno mismo es sentirse cómodo con el enfoque que uno esta trabajando, entonces eso fue muy positivo y también lo que ayudo es su objetividad porque no solo es la confianza sino que también es como un paso a la hora de que te hagan retroalimentaciones que le muestran a uno que él no está a favor ni en contra, está en punto objetivo y creo que es una parte importante que también si se fuera para alguno de los dos lados se volvería negativo (D-04, párr. 38).

Se recalca la importancia de mantener la comunicación entre el supervisor-practicante ya que sirve para consolidar el aprendizaje en la constante retroalimentación que permite al practicante brindar un proceso de psicoterapia adecuado a los pacientes. Así mismo, si se manifiestan conductas aversivas entre los sujetos, esto igualmente implica un declive en la consolidación de aprendizaje de competencias en el practicante (Jaramillo y Yáñez, 2015). A partir de ello, se puede confirmar que el espacio en el que ocurre el proceso de supervisión requiere de una transferencia para la consolidación del aprendizaje del estudiante, esto se observó en los resultados a partir de que el supervisor fungió un papel de puntualizante de las capacidades o

dificultades del practicante (Moreira, 2012). Así mismo, la fundamentación teórica la reciprocidad triádica (Schunk, 2012) viene a ser uno de los factores que desarrolla la habilidad terapéutica a partir de la interacción del supervisor, practicante y en adición a sus pares que a su vez permite el desarrollo de metodologías de trabajo retroalimentativas (Larsen y Buss, 2005). Esto resalta la importancia del aspecto comunicativo, reflejando los procesos transferenciales, formando una red compleja beneficiante para la formación académica profesional (Larsen y Buss, 2005; Ruiz, et. al., 2012; Ainsenstein, 2015). Por ello, la comunicación recíproca en el desempeño de competencias psicoterapéuticas permite que dentro de la retroalimentación dada en el proceso de supervisión se consolide tanto el aprendizaje del estudiante como puntos de desarrollo de este en la aplicación del conocimiento teórico y evaluación de desempeño psicoterapéutico en acompañamiento del supervisor de práctica.

Por otra parte, de acuerdo al objetivo de conocer la influencia de la triangularidad del vínculo como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias principalmente fue apreciado que existe una preferencia hacia el establecimiento de roles simétricos entre los sujetos con estructuras de autoridad. En los resultados fue observado la definición o conceptualización de los esquemas de jeraquías y dinámicas de los estudiantes con sus supervisores y viceversa presentan diferentes formas. Se presentaron casos polares de dinámicas ricas en una interacción con acuerdos tácitos de respeto y orden entre los sujetos que permiten el desarrollo de una Práctica Profesional Supervisada

en base a confianza, convivencia y validación de singularidades de ambos sujetos, así como situaciones conflictivas, sobreprotectoras o negligentes que han afectado a los practicantes. Estas dinámicas pueden observarse a partir de los siguientes ejemplos:

Por ejemplo, al presentar y cosas así, que corrige errores en unos y a otras personas comete los mismo errores pero no lo corrige entonces siento que tampoco ayuda mucho a esa persona por el hecho de que no le está corrigiendo los errores que está cometiendo porque le cae bien. Entonces tampoco ayuda (A-01, párr. 134).

De un par, de un colega, de alguien que es parte del gremio. Yo no me sentiría cómodo con alguien que se pone que te haga de menos (...) que se haga el conocedor sabiendo de todo el universo de la psicología. Digamos sobre todo si no es una corriente afín a la que yo me intento desarrollar o profundizar. Digamos que si algo fundamental en clínica es ponerse al igual con el paciente para tener ese tipo de vínculo que permite trabajarlo cómo no intentar replicarlo con las demás personas, digamos este si hay necesidad de manifestar poder hacia la otra persona si está ahí si está afectando el vínculo verdad (E-05, párr. 155).

Así mismo, se descubrió que los estudiantes poseen una noción de responsabilidad propia en la que el tutor funge el papel de facilitador y no directivo, concientizándose sobre la importancia del establecimiento de limitaciones en el vínculo para no desarrollar uno perverso. Esto se puede relacionar con la investigación de Sanchez (2012) quienes afirman que el reconocimiento del otro como sujeto y no como

objeto resalta la importancia de que la reciprocidad se mantenga como una constante en los roles o sujetos involucrados en el vínculo supervisor-practicante que incluye la interacción con los compañeros de clase en mutuo aprendizaje y desarrollo profesional y con el contexto como tal. De esta forma, haciendo referencia a la definición tri-personal del vínculo según Pichón supervisor-practicante-sociedad permite en la triangularidad del vínculo (Bernal, 2000) al resaltar que el trabajo terapéutico es un oficio que requiere de una constante interacción humana, que no puede ser realizado si el sujeto practicante se aliena del contacto humano o de supervisión debido a que puede representar un desgaste emocional el no tener una figura de apoyo. Tal como la propuesta de cuasi-terapia en la investigación de Consoli et al. (2017), donde se establece la importancia de los roles como agentes variables y no estáticos en el vínculo supervisor-practicante que ayuda a la preparación del estudiante al entorno clínico preservando las variables de autoridad y respeto respectivas al contexto y situación (Jiménez, s.f.; De Castañeda y Cobar, 2017) sin caer en una concepción autoritaria del vínculo entre los sujetos que no permita el desarrollo de ambos sujetos (Marucco y Vertzner, 2014). Por eso la triangularidad de vínculo influye en el vínculo supervisor-practicante a partir de dinámicas de autoridad o jerarquía que se establezcan entre los sujetos, denotando la necesidad de estructura en la convivencia del supervisor y practicante sin llegar a mecanizar la dinámica del vínculo, además de no perder el valor humano y de cambio.

Por último, en relación al objetivo de

identificar la influencia de variantes en el contexto de práctica como factor determinante en el vínculo para el desarrollo de competencias se observó que el ambiente en el que se desarrollan los practicantes, en los resultados se encontraron variables constantes como la ubicación de las instalaciones del centro al que se asiste, personal del lugar, así como las autoridades anexas de los centros de práctica, entre otros como factores externos que forman parte de la dinámica del vínculo supervisor-practicante, al incidir en los procedimientos académicos y profesionales desde el brindar espacios para ejercer la práctica, así como ofrecer un ambiente agradable o adaptable que corresponde a la estructura triangular cambiante que añade la adaptación y transformación constante de los vínculos y roles previamente establecidos, cuya flexibilidad es objeto de desarrollo. Esto tiene relación con la propuesta de Orozco, et al. (2009), quienes afirman que es necesaria la mención del contexto social y cómo este influye en el desarrollo de competencias en la Práctica Profesional Supervisada, así como estudiantes relataron dificultades en cuanto a la comunicación con autoridades y personal de los centros de práctica mostrando la importancia de una comunicación constante y adaptativa al contexto como la constante formación y aprendizaje de tanto el practicante como el supervisor para mejorar el servicio y calidad brindados en psicoterapia. Esto puede observarse en el siguiente ejemplo:

(...) no tenemos como que esa esa autoridad que tienen los demás en los centros entonces nosotros lo que nos diga el... el residente de "mirá andá a verlo a él" y si uno va y si bien nos va podemos ver al paciente si el

paciente puede no querer o puede o puede que el doctor no quiere que uno mire al paciente entonces ehm... también tiene mucho que ver que no no tenemos esa autoridad de decirle a las visitas por ejemplo "mire señora, sálgase" va o no podemos como que echarlos o sea de verdad no hay privacidad para hablar con la persona entonces eh... uno está hablando con la persona y entra la enfermera y "ay le voy a tomar la presión", y o llegan las visitas y miran que uno está hablando con ellos y se llegan a sentar a la par de la persona entonces eh... esa no es algo bueno porque la persona no colabora entonces es es como extraño porque como lo que decía el centro es muy bonito y todo lo que uno pueda querer en el lugar está verda pero malísimo para poder desarrollarnos malísimo" (H-08, párr. 259) Huehuetenango, la gente camina hacia los cerros: Sumal Grande y Xeputul (Ubicados al norte de los municipio, de Nebaj y Chajul, respectivamente del departamento de El Quiché) y se concentran mayoritariamente en el año de 1980 más de 10,000 personas. En su caminata muchos fueron capturados o asesinados por el ejército y otros no resistieron el cerco militar interpuesto también por el ejército, murieron por hambre principalmente los ancianos y niños.

Además de la investigación de Greacen et. al. (2017), cuya propuesta es congruente en tomar en cuenta la organización, el contexto de supervisión, las destrezas del supervisor, la relación supervisor-practicante y las estrategias de intervención dentro del proceso son pautas accesibles para identificar un proceso de supervisión funcional. En la actualidad, si bien se cuenta con las capacidades electrónicas de brindar una supervisión a distancia se muestra en los resultados que la supervisión presencial es vital para el desarrollo de la Práctica Profesional Supervisada (Marques, 2015). Esto, reafirma la valoración del aspecto humano y social como medio de aprendizaje por excelencia en materia

humanista. En base a la fundamentación teórica, se refleja el impacto de la proximidad en la enseñanza, que en este caso es la supervisión, tiene un valor agregado al tener un vínculo sustentable, que el medio digital todavía carece de validez justificable (Castro et. al., 2015). Dentro de los cambios sociales y de docencia, desde el inicio de la psicología en Guatemala en 1956, representan pasos a alcanzar una metodología de valoración humana donde los roles no son estáticos, sino que permite la preparación del estudiante (Ruiz, 2011; Consoli et. al., 2017). Por ello, la influencia del contexto en el vínculo supervisor-practicante para el desarrollo de competencias resalta la importancia de evaluación periódica de los centros de práctica, personal y autoridades respectivas y sus necesidades para beneficio de los practicantes cuyo factor de desarrollo recae en la capacidad de adaptación y cambio de los sujetos, tanto en su propia dinámica como en la interacción con el ambiente o medio de trabajo al preservar el respeto y reconocimiento del otro como sujeto integrando ambientes profesionales.

En síntesis, se puede concluir que la Práctica Profesional Supervisada comprende un conjunto de procesos en los que, si bien los actores principales son el supervisor y el practicante, posee una gama de variables socioculturales que benefician o perjudican el aprendizaje de los estudiantes. La responsabilidad en cuanto al cumplimiento de los roles asignados en la dinámica entre los sujetos y el contexto en el que se desarrollan, representan para Pichón (Bernal, 2000) la bidireccionalidad del vínculo que se conforma de dos seres en mutuo reconocimiento y respeto. Por otra parte, a partir de las condiciones académicas se busca alcanzar el desarrollo

profesional de aquel que instruye y acompaña con su experiencia, como aquel que requiere de la retroalimentación y obtiene experiencia. Por ende, el estudio de la influencia del supervisor-practicante en el desarrollo de competencias en la práctica profesional supervisada, permite el abrir la posibilidad a retomar la investigación en el aspecto humano de la psicoterapia para la comprensión a profundidad del vínculo humano en la supervisión.

Conclusiones

Para finalizar se puede puntualizar las siguientes conclusiones en base a la discusión de resultados:

El vínculo supervisor-practicante influye en la formación personal, académica, capacidades adaptativas y de intervención en los centros de práctica incluyendo las interacciones con el personal y autoridades anexas en la Práctica Profesional Supervisada.

La comunicación recíproca entre el practicante y el supervisor influye en el desarrollo de competencias personales a partir del contacto humano e intervenciones puntuales del supervisor en el reconocimiento y aceptación de las singularidades del practicante y viceversa. Dicha interacción permite ahondar en aspectos personales que el estudiante pueda ignorar reflejados en su proceso de práctica profesional con pacientes, que con la experiencia del supervisor logran ser explícitos o más tangibles.

La comunicación recíproca en cuanto al desarrollo de competencias psicoterapéuticas recae principalmente en el aspecto de supervisión y evaluación teórica-práctica del estudiante, el cual es evaluado a través de la experiencia y

conocimiento del supervisor. Los estudiantes adjudican un gran valor a la supervisión de un supervisor como reafirmante de su desempeño profesional.

La triangularidad del vínculo influye en la dinámica de jerarquía y autoridad en el vínculo supervisor-practicante que puede establecer pautas de desarrollo o problemáticas tales como un vínculo sano o uno perverso respectivamente en el tipo de interacción.

La influencia de las variantes contextuales en el proceso de Práctica Profesional Supervisada tiene que tomarse en cuenta como factores que forman parte del marco de supervisión. Los estudiantes al ejercer su práctica en variedad de contextos socioculturales se ven afectados cuando surgen conflictos con personal, autoridades anexas o la institución como centro de práctica carente de un ambiente apto para la práctica psicoterapéutica.

Ψ

Referencias

- Aisenstein, M. (2015). La herramienta psicoanalítica hoy. [Alejandra Vertzner Marucco, Coord.]. Recuperado de <http://www.lugareditorial.com.ar/descargas/libros/978-950-892-487-2.pdf>
- Bauman, Z. (2006). Amor líquido, Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. [1a ed. (3a reimpresión).] México: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Bernal, H. (2000). Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichón Rivière, Una sistematización del texto Teoría del Vínculo de Pichón. Universidad Católica Luis Amigó. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/uploads/>

facultadpsicologia/578481.pdf

- Bretherton, I. (1992) The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. [28, 759-775]. Reprinted in from R. Parke, P. Ornstein, J. Reiser, & C. Zahn-Waxler (Eds.) (1994). A century of developmental psychology. (Chapter 15, pp. 431-471) *Developmental Psychology*. Recuperado de http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf
- Castro, C., Melville, C. y Zachrisson, L. (2015). PANEL FORUM “Enfoque psicodinámico: cuerpo, vínculo y amor”. [viernes 21 de agosto del 2015] Universidad Rafael Landívar. Encuentro de Psicología. Tikal Futura, Guatemala.
- Colegio de Psicólogos de Guatemala. (2011). Código de Ética. Guatemala: Imprenta Servisa Litografía.
- Consoli, A. Sechel, L., Grazioso, M., Figueroa, M. y Musso, A. (2017). La supervisión: Perspectivas y horizontes nacionales e internacionales. *Revista Psicólogos*, (número 20 Edición Especial). Guatemala. pp. 4-5.
- Consoli, A., Grazioso, M., Fernández, M. y Cobar, A. (2017). La supervisión hoy: Lo que sabemos y lo que nos falta saber. *Revista Psicólogos* (número 20 Edición Especial). Guatemala. pp. 6-18.
- Consuegra, N. (2010). Diccionario de psicología [2a ed]. Colombia: Ecoe Ediciones. Recuperado de https://docs.wixstatic.com/ugd/2772f4_dbfebb13777d487e8308a135b15629c7.pdf
- Creswell, J. (2017). *Investigación cualitativa y diseño investigativo*. (selección entre cinco tradiciones Documento en proceso de construcción traducción del libro original en inglés producto de la línea de investigación en juventud).
- Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Nebraska-Lincoln. Recuperado de <http://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-II/files/2017/08/INVESTIGACION-CUALITATIVACreswell.pdf>
- De Castañeda, T. y Cobar, A. (2017). Matices del poder y la autoridad en la supervisión clínica en Guatemala. *Revista Psicólogos* (número 20 Edición Especial). Guatemala. pp. 20-28.
- De la Roca, D. (2012). *Eficacia en estudiantes de último año de psicología clínica en relación a la práctica profesional supervisada*. (Tesis inédita). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/De-La-Roca-David.pdf>
- De Lebl, G. (2000). Supervisión clínica. *Revista Ciencia y Cultura*, (8), 87-95. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-33232000000200009&lng=es&tlng=es.
- Feist, J. Feist, G. y Roberts, T. (2014). Teorías de la Personalidad [8a ed]. México: Editorial McGraw-Hill.
- Freud, S. (1923). El Ello y el Yo. [Traducción de Luis López-Ballesteros]. Recuperado de <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/yo-y-ello.pdf>
- García, R. y Gross. (1988). Diccionario Enciclopédico Ilustrado Tomo 2 L-Z, , [7a ed] México: Editorial Larousse. p. 940.
- Greacen, T., Welniarz, B., Purper-Oualil, D., Wendland, J., Dugravier, R., Sañas, T., Tereno, S., Tubach, F., Haddad, A. y Guedeney, A. (2017). Best practice in individual supervision of psychologists working in the french capedp

- preventive perinatal home-visiting program: results of a delphi consensus process. *Infant Mental Health Journal*. [Mar2017, Vol. 38 Issue 2, p267-275. 9p. 4 Charts.]. France. Eds.b.ebscohost.com.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* [6a. ed]. Mexico: Editorial McGraw-Hill Education.
- Instructivo General Facultativo de Intervención Psicológica y Práctica Profesional Supervisada ad experimentum. (2016) Artículo 1. Inciso c. (Samayoa, G. coord.). Departamento de Psicología, Licenciatura en Psicología Clínica. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. p. 7.
- Jaramillo, D. y Yañez, R. (2015). Impacto emocional en estudiantes de pedagogía ante eventos de maltrato en la práctica profesional. *Liberabit*, 21(2), 245-252. Universidad de Concepción. Chile.
- Jaroslavsky, E. (2006). El modelo vincular franco – argentino contemporáneo. *Psicoanálisis & Intersubjetividad; familia, pareja, grupos e instituciones*. Párr. 23 recuperado de <http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulop.asp?id=160&idioma=&idd=1>
- Jiménez, J. (s.f.). Vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. Chile. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=341>
- Larsen R. y Buss D. (2005). *Psicología de la Personalidad*. [2a ed]. México: Editorial McGraw-Hill.
- Marques, G. (2015). Supervisão clínica presencial e online: percepção de estudantes de especialização / Online and in classroom clinical supervision: post-graduation students perceptions. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. [Dec 2015 11(2):77-85]. Federação Brasileira de Terapias Cognitivas Brazil. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872015000200003&lng=en&tlng=en
- Marucco, N. y Vertzner, A. (2004). La práctica analítica actual y la problemática del poder. *Revista Psiquiátrica Rio Grande do Sul* 26, 3. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082004000300002&script=sci_arttext&tlng=es
- Moreira, M. (2012). A Supervisão em psicanálise na clínica escola: breve relato de uma pesquisa [Supervisión en psicoanálisis en la escuela clínica: breve informe sobre una encuesta]. *Revista Mal Estar e Subjetividade* [Dec. 2012. 12(3-4):853-872]. Universidade de Fortaleza. PUC-Minas. Brasil. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200015&lng=en&tlng=en
- Orozco, E., Morales, D. y Muñoz, C. (2009). *Práctica educativa y experiencias de aprendizaje en los recursos de investigación de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad San Carlos de Guatemala*. Programa Universitario de Investigación en Educación -PUIE-. Universidad San Carlos de Guatemala. Recuperado de <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/puie/INF-2009-057.pdf>
- Piña, M. (s.f.). *Prácticas Profesionales y su valor en el futuro desempeño laboral*. Universidad de Chile. pp. 01-06. Recuperado de <http://repositorio.uchile>

- cl/bitstream/handle/2250/137649/Pr%C3%A1cticas%20profesionales%20y%20su%20valor%20en%20el%20futuro%20desempe%C3%B1o%20laboral.pdf?sequence=1
- Puget, J. (2008). Entrevista a Janine Puget, Psicoanálisis de los vínculos. [Resumen digital]. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=570>
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista IIPSI*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3751599.pdf>
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la Lengua Española (23a. ed). Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE). Madrid, España. Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Rivera, N. (2012). Apego: vínculos afectivos y psicopatología. [Blog Gabinete Psicológico]. Recuperado de <http://gabinetepsicologicobarcelona.blogspot.com/2012/02/apego-vinculos-afectivos-y.html>
- Rodríguez, E. (2005). Educación y educadores en el contexto de la globalización. *Revista Iberoamericana de Educación*. México: Ed. OEI.
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? [vol. 24, número 086] Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España, Madrid. pp. 1-12. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Robert_Roe/publication/28069825_Que_hace_competente_a_un_psicologo/links/09e415100585e742f5000000/Que-hace-competente-a-un-psicologo.pdf
- Ruiz, R. (2011). *¿Cómo evaluar las prácticas externas universitarias? Retos, alternativas, propuestas de un modelo y análisis de sus resultados*. Universidad de Alicante. España. Recuperado de <https://web.ua.es/en/ice/jornadas-redes-2011/documentos/proposals/175657.pdf>
- Ruiz, S., Ruiz, S. y García, M. (2012). Competencias profesionales en estudiantes de psicología. [volumen 3, issue 4]. *Global Journal of Community Psychology Practice, Promoting Community Practice for Social Benefit*. México. Recuperado de <https://www.gjcpp.org/pdfs/2012-Lisboa-057.pdf>
- Sánchez, C. (2012). *Actitudes de las maestras de preparatoria del Instituto Austriaco guatemalteco y Colegio Viena guatemalteco que contribuyen a establecer un clima de trabajo y aprendizaje positivo en el aula* (Tesis Inédita de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/84/Sanchez-Claudia.pdf>
- Schunk, D. (2012). *Teorías del aprendizaje, una perspectiva educativa* [6a ed]. México: Editorial Pearson. pp. 119-121.
- Ungar, V. (2011). Permanencias y cambios en la clínica psicoanalítica con niños y adolescentes. *Revista Docta – Publicación de la Asociación Psicoanalítica de Córdoba*. 7 66. Recuperado de <http://apcweb.com.ar/wp-content/uploads/2014/10/Docta07WEB-A.pdf>
- Urizar, M. (2012). *Vínculo afectivo y sus trastornos*. España. Recuperado de <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2012/DesarrolloAfectivoAVPap.pdf>

Valdés, Á. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. [1a ed]. México: Editorial Manual Moderno.

Van Kooten, K. (2007). *Beyond the Ethical Demand* / K.E. Løgstrup, United States. Recuperado de <https://www3.nd.edu/~undpress/excerpts/P01193-ex.pdf>

Yañez, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar/ Professional Competencies of the Clinical Psychologists: A Preliminary Analysis [vol. 23 núm. 2, p. 85-93]. *Revista Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago, Chile*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/785/78523209.pdf>

Desarrollo de trastornos psicopatológicos a partir del uso precoz de sustancias psicoactivas

Revisión documental

Licda. Carmen Celeste Estrada
Psicóloga Clínica Esp. en Neuropsicología
Colegiado Activo No. 5164

Resumen: El presente estudio es una revisión bibliográfica de diferentes hallazgos científicos relacionados a la comorbilidad de trastornos por uso y abuso de sustancias psicoactivas y la presencia de trastornos mentales como la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos del neurodesarrollo, definido como una patología dual. Asimismo, se hace la diferenciación de la definición entre patología dual, trastorno inducido por sustancias, automedicación y cuadros psicológicos desencadenados por la intoxicación aguda de la administración de una sustancia. Todos estos elementos son importantes al momento de efectuar diagnósticos y pronósticos clínicos y determinar a su vez la adherencia al tratamiento, cronicidad de los trastornos y recaídas.

Palabras clave: patología dual, factor de riesgo, psicopatología, automedicación, intoxicación aguda

Abstract: This study is a review of the different scientific findings associated to the comorbidity of disorders related to drug abuse and the presence of mental disorders such as depression, anxiety and, personality and neurodevelopmental disorders, as dual pathology. This review defines the more important concepts related to dual pathology, substance-induced disorders, self-medication and acute intoxication related to the administration of a substance. All these elements are important to make clinical diagnoses, to predict disorder courses, treatment adherence, disorders chronicity and relapses.

Keywords: dual pathology, risk factor, psychopathology, self-medication, acute intoxication

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004.) la dependencia de sustancias psicotrópicas es una enfermedad que representa un problema de salud a nivel mundial.

Ya que drogodependencia es una enfermedad multicausal, es importante determinar aquellos factores que vulneran a los individuos al consumo de drogas. Los estudios recientes en el ámbito de las adicciones han permitido la identificación de factores de riesgo en el inicio del consumo de una sustancia, encontrando altas tasas de prevalencia de trastornos por abuso de sustancias junto a trastornos mentales de diferente orden. Por tanto,

es indispensable determinar la etiología de los trastornos primarios y secundarios a través de herramientas y claves clínicas que permitan el diagnóstico diferencial.

En muchas oportunidades la secuencia de apareamiento de una patología dual, es decir de la presencia de un trastorno por uso de sustancias y uno de origen psicopatológico, es confusa, además los factores ambientales y genéticos que hacen propensa la aparición de un cuadro primario también participarían en la aparición de un cuadro secundario.

Si se aunaran esfuerzos por disminuir

la prevalencia de los trastornos asociados al consumo de drogas ciertamente la probabilidad de ocurrencia de trastornos psicopatológicos severos podría disminuir, bajo este contexto la fórmula funcionaría también en sentido contrario, ya que un trastorno mental preexistente puede desencadenar en el consumo de una sustancia.

En el presente estudio se hace una revisión de los hallazgos científicos relacionados con la patología dual, la influencia de las adicciones en el desarrollo madurativo del cerebro y el análisis de la adicción como un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales.

El objetivo general del presente artículo es determinar si el consumo precoz de sustancias es un factor de riesgo asociado a la manifestación de trastornos psicopatológicos. Los objetivos específicos son:

1. Describir los mecanismos de interacción de los factores asociados al consumo de sustancias.
2. Determinar el daño que puede darse en el desarrollo madurativo del sistema nervioso central a causa del consumo de drogas y que puede suscitar el apareamiento de una patología dual.
3. Examinar las principales manifestaciones psicopatológicas del curso de patologías duales que faciliten el diagnóstico diferencial.

Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias

En el ámbito de las adicciones, los factores de riesgo son aquellas características que pueden vulnerar al individuo al consumo de una o múltiples sustancias. Existe una gran variedad de factores que pueden predisponer a los trastornos

por abuso de sustancias, “estas características son: antecedentes heredofamiliares patológicos, factores ambientales, desarrollo infantil, estatus socioeconómico, funcionamiento cognitivo, rasgos de personalidad y en particular la vulnerabilidad neurobiológica y genética” (Mueser, Drake & Wallach, como se citó en Marín-Navarrete, Szerman & Ruíz, 2017, p.13).

La estimación sobre la vulnerabilidad genética señala la existencia de hasta un 60% de vulnerabilidad, contra una vulnerabilidad ambiental del 40%. La vulnerabilidad genética puede darse a partir de componentes bioquímicos que harían a una persona más tolerante a dosis elevadas de una sustancia o bien que podrían incidir en patrones de conductas de riesgo que al interactuar con el contexto ambiental incrementarían la cronicidad del consumo. No obstante, es importante considerar que ambos factores genética-ambiente pueden interactuar y promover el consumo en algunas personas, pero no determinan que una persona sea adicta o no.

Tanto factores genéticos como ambientales juegan un papel importante en la instauración de la adicción, los factores ambientales pueden ser decisivos en el inicio del consumo y los factores genéticos podrían tener mayor incidencia en el consumo excesivo abuso y dependencia.

Algunos rasgos específicos de personalidad como la conducta impulsiva, labilidad emocional, mayor sensibilidad a la recompensa, dificultades en las estrategias de afrontamiento del estrés, bajo desempeño social, trastornos de personalidad, autismo y trastornos atencionales pueden, en cierta manera predisponer al consumo de sustancias

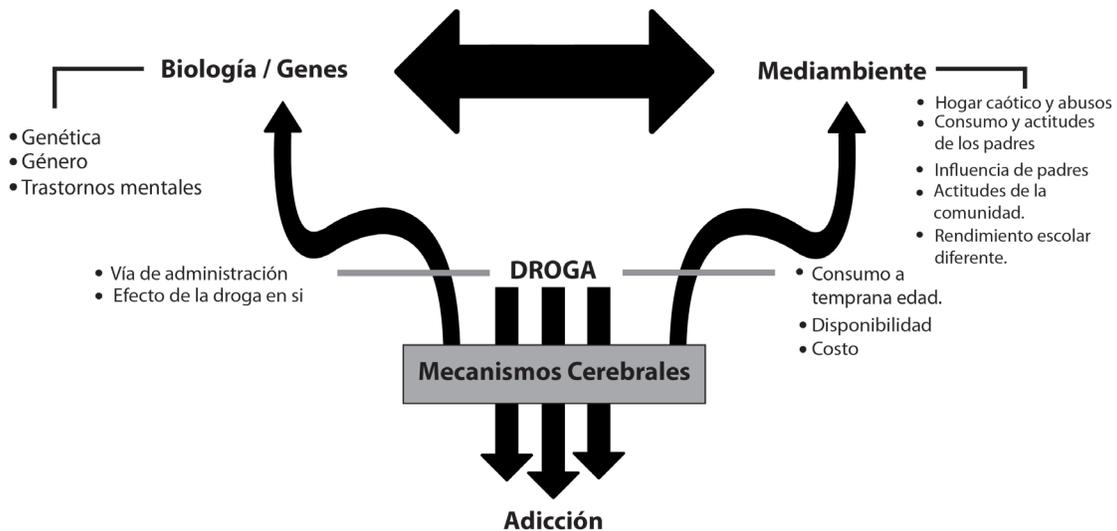


Figura 1. Interacción de los factores de riesgo asociados a la drogodependencia. (Volkow, 2014).

y al abuso de éstas.

Uso precoz de sustancias psicoactivas y su implicación en el desarrollo madurativo del Sistema Nervioso Central

A pesar de que la adicción no estipula un límite edad, la investigación científica demuestra que entre menor sea la edad de inicio del consumo de una sustancia, mayor serán la aparición de problemas graves (Volkow, 2014).

Según estudios realizados en México por Marín-Navarrete, et al. (2013) un 80% de los pacientes en situación de internamiento presentaba algún tipo de trastorno psiquiátrico previo al inicio del consumo de sustancias, enfatizando la frecuencia de aparición de trastornos del neurodesarrollo como el déficit de atención, el trastorno disocial y el trastorno oposicionista desafiante. El mismo autor menciona que la aparición de trastornos psicológicos en la infancia puede potenciar hasta 5 veces el desarrollo de un trastorno por abuso de sustancias en la adolescencia y la adultez temprana.

El desarrollo madurativo del sistema nervioso central conlleva un proceso longitudinal que implica la interacción genética-ambiente, cruzando con ciertos períodos críticos para la adquisición de funciones específicas y que se basa en la organización y reorganización de conexiones sinápticas para generar nuevos aprendizajes y la mielinización que facilita la transmisión de señales eléctricas y por ende la transmisión de información de una neurona a otra.

Previamente se consideraba que el desarrollo madurativo culminaba a la edad de 3 años aproximadamente, sin embargo, estudios recientes indican que el cerebro culminaría el proceso madurativo hacia más de los 30 años de edad, a este respecto, la neurocientífica Blakemore (2012) quien ha realizado estudios de neuroimagen sobre el desarrollo madurativo del cerebro, expone que éste atraviesa un proceso de maduración a través de toda la adolescencia y la adultez temprana llegando incluso a edades próximas a los 40 años, con la maduración final del córtex prefrontal.

Judgment last develop

The area of the brain that controls “executive functions” — including weighing long-term consequences and controlling impulses — is among the last to fully mature. Brain development childhood to adulthood:

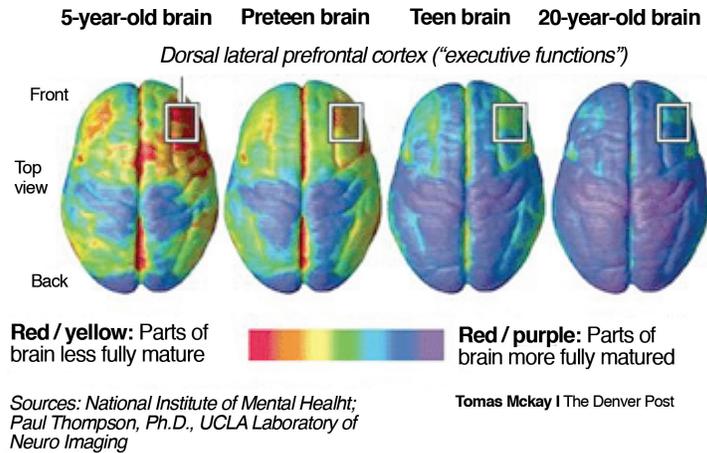


Figura 2. Tomografía por emisión de fotón simple -SPECT- muestra el proceso madurativo de la corteza prefrontal responsable del control ejecutivo. Las áreas amarillas y rojas muestran las partes del cerebro menos maduras (niñez temprana), las áreas azules y púrpuras muestran partes del cerebro más maduras (a partir de los 20 años).

Fuente: www.pinterest.com/redsfu/brain/

La corteza prefrontal es evolutivamente una de las áreas cerebrales de mayor desarrollo, y que nos separa de otras especies de primates, dotándonos de capacidades cognitivas de las que ellos carecen. En el córtex prefrontal se desarrollan habilidades cognitivas de orden superior, entre las que se encuentran las funciones ejecutivas que

permiten la autoconciencia, toma de decisiones, flexibilidad mental, planeamiento de conductas, memoria de trabajo y el control de impulsos, actuando además como un regulador conductual que facilita la interacción con el medio social.

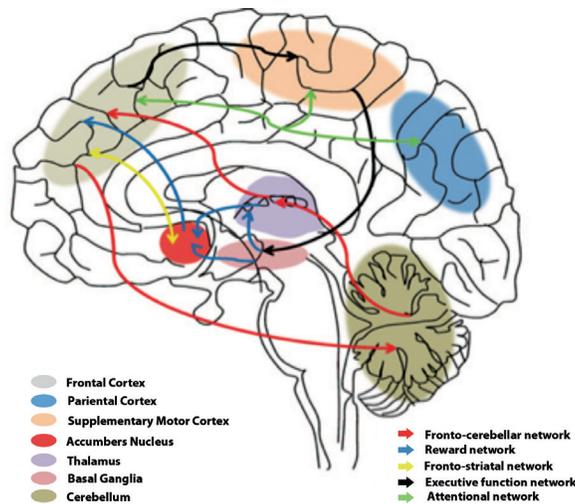


Figura 3. Áreas de la corteza prefrontal.

Fuente: www.brainingblog.wordpress.com

El proceso madurativo del cerebro implica el desarrollo de la materia gris y sus cambios correspondientes en la pubertad y adolescencia. La materia gris llega a un cúmulo de desarrollo alrededor del inicio de la adolescencia en la corteza prefrontal, sin embargo, posterior a la adolescencia se da un proceso de disminución de esta materia gris en el córtex prefrontal, lo que corresponde a una poda sináptica, que dependería del medio ambiente en el cual la persona se ha desarrollado, facilitando así el reforzamiento de conexiones sinápticas que más se utilizan

y promoviendo la eliminación de sinapsis innecesarias (Blakemore, 2012).

La corteza prefrontal medial está involucrada en la toma de decisiones sociales y la atribución de estados emocionales en otras personas, ésta también sufre cambios en las conexiones dando lugar a dificultades en el reconocimiento emocional y el desempeño social, tanto en la adolescencia como en la adultez temprana, siendo esto un proceso de orden natural en el desarrollo cerebral.

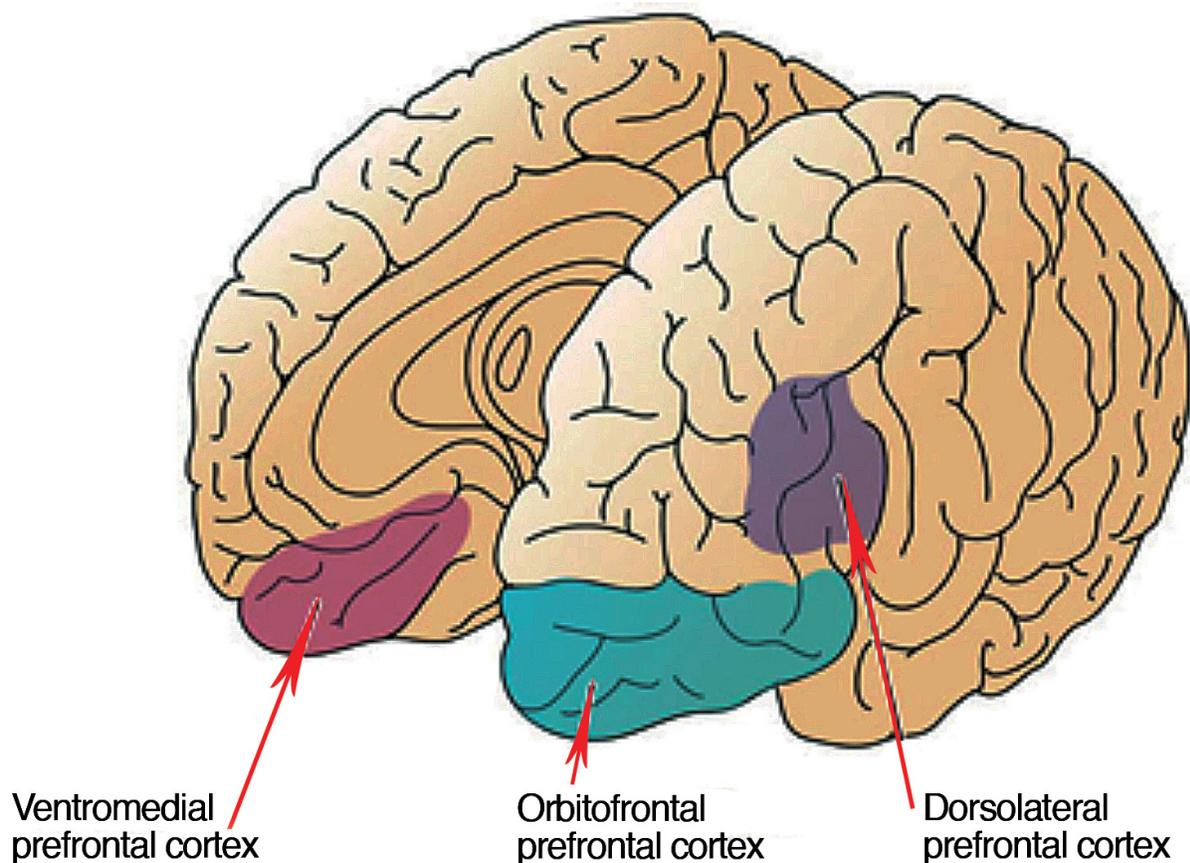


Figura 4. Redes cerebrales que conectan con la corteza prefrontal provenientes de distintas regiones cerebrales. (Purper-Oakil, D., 2011)

Todos estos cambios a nivel cerebral dan lugar a las características comúnmente conocidas de los adolescentes, es decir, conductas temerarias, impulsividad, conductas desinhibidas,

inflexibilidad y toma de decisiones que parecen ser poco racionales, además de estados emocionales inestables, que son mediados por el sistema límbico.

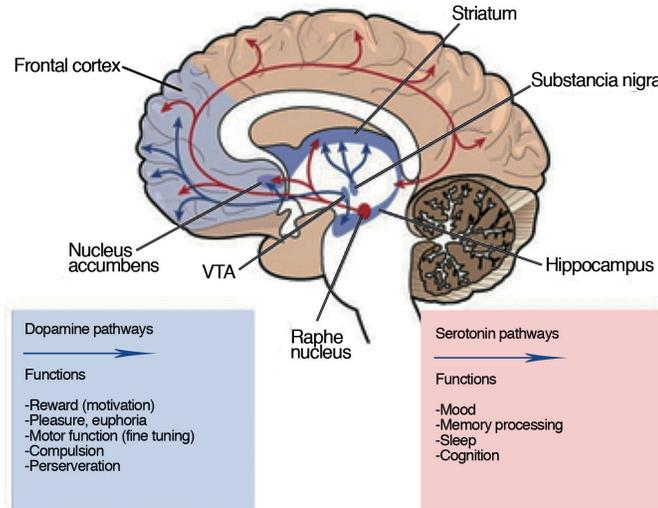


Figura 5. Circuito de recompensa cerebral. En azul vías dopaminérgicas mesolímbicas y mesocorticales, mediadoras en el placer, euforia, función motora, compulsión y perseveración conductual. Además, en rojo se muestran las vías serotoninérgicas mediadoras del estado de ánimo, memoria, sueño y algunos procesos cognitivos.

Fuente: www.sovhealth.com

Los hallazgos en los estudios de instauración de la adicción muestran una importante implicación de áreas prefrontales afectadas directamente por la toxicidad de las sustancias y una sobrevaloración de estímulos relacionados al placer debido a la neuroadaptación del sistema de recompensa cerebral que involucra áreas del sistema límbico como el núcleo accumbens, la amígdala que evalúa la recompensa y la corteza prefrontal que media la toma de decisiones. Cada sustancia tiene un mecanismo de acción en el sistema nervioso central, pudiendo actuar de diferentes maneras en la liberación de monoaminas, la liberación de neurotransmisores, en especial la dopamina, la extensión temporal de la sinapsis, la degradación enzimática, imitar sustancias endógenas y la regulación a la baja en

la neurona postsináptica (Estrada Santos, 2017).

Por tal razón, el uso de sustancias psicoactivas desde etapas de la niñez hasta la adolescencia e incluso la adultez temprana conlleva una interferencia del funcionamiento normal del sistema nervioso central, provocando que el proceso madurativo se lleve a cabo en forma deficiente. Algunas sustancias como el éxtasis y solventes industriales son, incluso, capaces de acelerar el proceso de apoptosis de las neuronas. Los procesos adictivos crónicos pueden llevar a consecuencias graves en el desenvolvimiento de funciones sociales y cognitivas, así como a neuropatologías, patologías duales y alteraciones a nivel estructural como la atrofia cerebral en el caso del consumo crónico de alcohol.

Patología dual y diagnóstico diferencial

La definición de patología dual señala la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno mental con una sintomatología claramente definida, pudiendo darse de dos formas diferentes: la primera con relación a personas con un trastorno mental preexistente que inician el consumo de drogas como consecuencia inmediata de su condición mental, y la segunda con relación a personas que tras el abuso prolongado de una droga desarrollan una psicopatología. Según Marín-Navarrete et al. (2017) “La evidencia científica sustenta que sólo un 10% de las personas expuestas a sustancias psicoactivas sufrirá una adicción y, dentro de estas personas, la gran mayoría sufre de otro problema de salud mental” (p. 16). La definición también abarcaría aquellos trastornos inducidos como consecuencia inmediata del consumo de la sustancia, cuyos síntomas remiten tras la retirada o la abstinencia de ésta.

Partiendo de que la adicción es una enfermedad del cerebro, cuyos fundamentos biopsicosociales son sólidos, el modelo de los factores comunes y las teorías derivadas de éste (...) proponen que las altas prevalencias de la co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos son resultado de una base común de características premórbidas que marcan vulnerabilidad para ambas entidades psicopatológicas. (Marín-Navarrete, et al. 2017, p 13).

La existencia de una patología dual está asociada con dificultades en la adherencia a los tratamientos, elevación de la tasa de recaída, aumento en el número de reingresos al sistema hospitalario y residencial, así como incremento

en los riesgos asociados al consumo como la adquisición de infecciones por conductas sexuales riesgosas, así como otros problemas sociales asociados al consumo de la sustancia, provocando mayor índice de deterioro en el funcionamiento de los individuos (Marín-Navarrete et al. 2017).

El psicólogo debe realizar un diagnóstico diferencial de forma prudente, ya que en la mayoría de los trastornos de adicción existen síntomas que pueden confundirse fácilmente con síntomas de algún otro padecimiento mental.

Una psicosis tóxica paranoide ocasionada por anfetaminas o drogas de síntesis es confundible con una esquizofrenia; un acceso maníaco originado por la cocaína puede simular una crisis maniaca en el contexto de una psicosis bipolar; un síndrome de abstinencia a los opiáceos moderado puede semejarse a una crisis de angustia o una somatización de la ansiedad, o una dependencia a sedantes puede pasar por un cuadro depresivo. (Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga, 2000).

Existe una falta de consenso entre la etiología, o “qué da lugar a qué”, sin embargo, la edad de inicio de la aparición de determinado trastorno es un criterio básico para diferenciar el trastorno primario del secundario. Un trastorno psiquiátrico derivado del consumo de una sustancia psicoactiva puede tener diferentes etiologías.

La acción misma de la sustancia en el sistema nervioso central puede generar una intoxicación aguda, un trastorno psicótico por consumo, un trastorno psicótico y residual de comienzo tardío. La retirada de la sustancia es

causante del síndrome de abstinencia, intoxicación o delirium.

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 2013) los criterios clínicos de sospecha de un trastorno mental preexistente a un trastorno por uso de sustancias:

- 1.El trastorno mental inició antes que el consumo regular de sustancias.
- 2.Los síntomas y los problemas que el sujeto presenta suelen ser distintos a los que ocurren en sujetos que abusan o dependen de las drogas (intensidad, frecuencia, tipo de problemas). En el caso de los trastornos inducidos, la remisión del trastorno es paralela a la eliminación del tóxico.
- 3.Si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia apunta a que no sea inducido.
- 4.La existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno.
- 5.El fracaso terapéutico tanto de su conducta adictiva como de otros trastornos psiquiátricos similares.
- 6.En ocasiones la respuesta inicial al tratamiento farmacológico y la aparición de excesivos efectos secundarios tras un periodo corto de tratamiento orienta a que se trata de un trastorno inducido.

También es importante tomar en cuenta los casos de automedicación, que se da cuando la persona consume un fármaco que no fue recetado por un médico, para dar alivio a los síntomas de un malestar psicológico y la simulación, en la cual una persona finge síntomas de un trastorno psiquiátrico para adquirir un psicofármaco,

usualmente para consumo recreativo.

Manifestaciones psicopatológicas asociadas al consumo de sustancias

Las causas de las manifestaciones psicopatológicas asociadas al consumo de sustancias pueden derivar de varios factores, en primer lugar, como efecto inmediato de la administración de una sustancia y su acción directa en el funcionamiento normal del sistema nervioso central, en segundo lugar, la patología dual, es decir la coexistencia de un trastorno psicológico y un trastorno por abuso de sustancias, en tercer lugar cuando el trastorno mental ha sido originado por alguna enfermedad física secundaria al consumo de la sustancia, como es el caso de la encefalopatía producida por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida -VIH- y finalmente por la simulación de los síntomas del trastorno mental.

Con relación a la acción de la sustancia en el sistema nervioso central, pueden presentarse cinco escenarios diferentes:

- 1.Intoxicación aguda derivada de la administración de la sustancia, la cual transitoria y genera alteraciones en la capacidad cognitiva del individuo, su estado de conciencia y manifestaciones comportamentales inducidas directamente por la sustancia.
- 2.Síndrome de abstinencia o retirada, que implica el cese prolongado de la administración de la sustancia que ocasiona alteraciones en el estado de conciencia, alteraciones cognitivas y motrices dependientes del tipo de sustancia consumida.
- 3.Delirium, relacionado con una alteración de la

consciencia, trastornos de la memoria reciente, desorientación generalizada, alteraciones motrices y del lenguaje, además de trastornos del sueño y estados alucinatorios o delirantes.

4. Trastorno psicótico bajo efecto de la sustancia o después de éste, caracterizado por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones y demás síntomas de un trastorno psicótico con una duración mayor a dos días.

5. Trastornos residuales o de tipo tardío, que se dan hasta dos semanas después del uso de una sustancia caracterizados por alteraciones cognitivas, afectivas y del comportamiento, especialmente con reminiscencias involuntarias de corta duración (Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga, 2000).

Depresión

La depresión se presenta a través de un estado de ánimo con una tristeza predominante, pérdida de la capacidad para experimentar placer, sentimientos de culpabilidad, inutilidad, además de otros síntomas relacionados con el sueño, el apetito y la disminución global de la actividad del individuo, con una temporalidad determinada para cada clasificación de trastornos del estado de ánimo según el DSM- 5 (2013).

La depresión es el tercer trastorno mental más diagnosticado a nivel mundial y puede coexistir con un trastorno por el abuso de sustancias con mayor prevalencia que otros trastornos mentales. La presencia de un cuadro depresivo potencia la probabilidad de consumo de sustancias entre dos y siete veces en comparación a personas sin depresión (Kranzler & Tinsley como se citó en Marín-Navarrete et al. 2017).

De acuerdo con estudios realizados en México, la presencia de un trastorno relacionado con el uso de sustancias a temprana edad puede triplicar la probabilidad de desarrollar un trastorno del estado de ánimo en la vida adulta y podría quintuplicar la presencia de cuadros distímicos (Kenneson, Funderbuck & Maisto, como se citó en Marín-Navarrete et al. 2017), es decir estados depresivos reducidos con un curso mayor a dos años.

Los mecanismos de acción que se hipotetizan que podrían caracterizar la aparición de ambos trastornos se enfocan en que las alteraciones del estado de ánimo pueden predisponer a la automedicación para aliviar los síntomas relacionados al estado mental, actuar como resultado directo del consumo de la sustancia por sus efectos en el sistema nervioso central, ser consecuencia de las alteraciones neuroquímicas procedentes de la intoxicación y el síndrome de retirada o bien subyacer al consumo de la sustancia (Vega Astudillo, 2018) Con respecto al orden secuencial de aparición de ambos trastornos, se han encontrado evidencias que apoyan ambas circunstancias, es decir el trastorno mental puede preceder al consumo de sustancias y viceversa (Marín-Navarrete et al. 2017). Las sustancias más estudiadas y que se ha encontrado evidencia de patología dual de trastornos de estado de ánimo son el alcohol, la cocaína y la marihuana.

Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se refieren a aquellas manifestaciones fisiológicas relacionadas con respuestas de estrés tras la estimulación prolongada del sistema nervioso autónomo y el

eje hipotálamo hipofisiario adrenal, que además se manifiestan psicológicamente en un estado de temor y excesiva preocupación. Entre estos trastornos se encuentran los ataques de pánico, las fobias específicas y la ansiedad generalizada.

El estudio ECA de Regier et al. 1990, (como se citó en Vega Astudillo, 2018) demostró que hasta un 19% de los consumidores de sustancias desarrollan algún trastorno de ansiedad. La coexistencia de ambos trastornos al igual que con los trastornos de estado de ánimo, puede funcionar de manera bidireccional, siendo que el trastorno de ánimo fuere subyacente al consumo y que los trastornos por consumo de sustancias devienen en trastornos de ansiedad pudiendo incidir directamente en el curso del consumo. De acuerdo con este estudio el curso de un trastorno de uso o dependencia de sustancia puede aumentar la prevalencia de trastorno ansioso (27% para la marihuana, 33% para la cocaína, 31% para los opiáceos, 32% para las anfetaminas y 46% para alucinógenos). Las estimaciones que indican que la presencia de un trastorno de ansiedad puede aumentar hasta en 9 veces la probabilidad que una persona desarrolle una dependencia a alguna sustancia. (Marín-Navarrete et al. 2017).

Otros trastornos mentales y del neurodesarrollo

La presencia de otros tipos de trastornos psicológicos como los trastornos del neurodesarrollo, trastornos de personalidad y trastorno de estrés postraumático, también suelen cursar junto a trastornos adictivos.

Los trastornos de estrés postraumático -TEPT-, que proviene del afrontamiento de situaciones catastróficas que generan cuadros de estrés

extremo en la vida de un individuo y cuya prevalencia a nivel mundial es de un 8% (Marín-Navarrete et al. 2017). En este tipo de trastornos es muy común la automedicación como una forma de afrontamiento del trastorno, de igual manera, existen dos modelos explicativos para la presencia de una patología dual de estrés postraumático. El primero se denomina “Modelo de Alto Riesgo”, en el cual una persona expuesta al consumo de sustancias estaría expuestas a situaciones de alto riesgo que son potencialmente traumáticas, por el ambiente mismo en el que se desenvuelve (Chilcoat & Breslau, 1998, como se citó en Marín-Navarrete et al. 2017). El segundo modelo se conoce como “Teoría de la Variable Común”, que indica la presencia de factores predisponentes de orden genético, ambiental y de personalidad.

El curso de un TEPT y un trastorno de estrés postraumático puede provocar mayor reactividad a los estímulos de consumo y manejo de emociones negativas, provocando un empeoramiento de los síntomas del TEPT, además de un incremento de la ansiedad, incidencia en las recaídas y prolongamiento del consumo de la sustancia (Gorka et al., 2016, como se citó en Marín-Navarrete et al. 2017).

Los trastornos del neurodesarrollo como el déficit de atención con hiperactividad -TDAH- que se caracterizan por dificultades en las capacidades atencionales, patrones de hiperactividad y conducta impulsiva, también son frecuentes como factores de vulneración hacia el inicio de consumo de sustancias. El diagnóstico de TDAH suele darse en la niñez tardía, durante el desarrollo de la escolarización y la adolescencia, aunque un alto porcentaje de los casos prevalece

en la edad adulta. En el caso del TDAH se conoce que las características propias de la personalidad de un sujeto con este trastorno asociadas a un déficit cognitivo y emocional podrían vulnerarlo hacia inicios más tempranos en el consumo de sustancias, así como mayor gravedad, cronicidad del consumo, así como mayor tendencia al consumo de múltiples sustancias.

Estas mismas características de impulsividad, falta de flexibilidad mental, conducta temeraria, desinhibición y dificultades para la socialización se dan en trastornos de personalidad como el Trastorno Límite y los Trastornos Disocial, Oposicional-Desafiante y Antisocial, siendo frecuente un curso con trastornos por uso de sustancias, especialmente asociados a consumos múltiples. Se enfatiza la aparición previa del uso de sustancia como factores desencadenantes de trastornos de personalidad, puesto que el uso temprano de sustancias afectaría el desarrollo neurocognitivo y emocional de los sujetos debido a las neuro adaptaciones del sistema nervioso central, perjudicando la maduración cerebral, especialmente en áreas frontales y mediales del encéfalo, relacionadas con el control ejecutivo, la memoria, el aprendizaje, las emociones y el sistema de placer-aversión.

Factores que explicarían la dualidad de los trastornos de personalidad límite y el consumo de sustancias refieren a los factores de riesgo comunes a ambos trastornos, la alteración neurobiológica de ambos trastornos en el sistema nervioso que implica la participación de las mismas áreas de la corteza frontal y medial y la automedicación como una forma de lidiar con el

trastorno de personalidad. En cuanto al trastorno antisocial de personalidad, los estudios refieren a una comorbilidad de al menos el 50% de los casos, siendo ésta más común en hombres que en mujeres (Peris, 2016, como se citó en Marín-Navarrete et al. 2017).

Los trastornos psicóticos aparecen entre los más crónicos, puesto que generan mayor nivel de disfuncionalidad global en el individuo. Esta dualidad aumenta la probabilidad de conductas violentas y suicidas, así como baja adherencia al tratamiento, mayor recidiva y su consecuente reingreso al sistema de salud. En cuanto a los factores etiológicos de estas patologías, se encuentran los factores ya expuestos de consecuencia directa del consumo, la teoría de la variable común, predisposición genética y la aparición de un trastorno independiente del otro pero que comparten los intervalos de edad de inicio (Bersani, Orlandi, Kotzalidis, & Pancheri, 2002). También es importante resaltar que los trastornos psicóticos podrían ya presentar comorbilidad con un tercer trastorno de orden psicológico como Trastorno Bipolar, Trastornos Depresivos, Trastornos de Ansiedad y TDAH.

Las siguientes tablas, son una adaptación del trabajo del psiquiatra Pedro Sopelana, especialista en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Madrid, España (2000), de las sustancias que pueden originar cuadros psicóticos y, síntomas psicóticos inducidos por sustancias.

SÍNTOMAS	INGESTA / ABSTINENCIA	SUSTANCIA
Síntomas alucinatorio – delirantes, que pueden evolucionar en delirium.	Ingesta de	Alcohol y sedantes Cannabis Estimulantes Alucinógenos Opioides
	Abstinencia de	Alcohol Hipno-sedantes
Síntomas afectivos	Ingesta de	Alcohol y sedantes Cannabis Estimulantes Alucinógenos Opioides
	Abstinencia de	Alcohol y sedantes Estimulantes

importante manejar criterios diferenciales de un trastorno psicótico preexistente. (Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga, 2000)

CATEGORÍAS	SIGNOS	
Signos de abstinencia de alcohol y sedantes e intoxicación por estimulantes y alucinógenos	Taquicardia, hipertensión, hipertermia, temblor, midriasis, convulsiones, náuseas, vómitos	
	Abstinencia de	Alcohol Hipno-sedantes
CATEGORÍAS	SUSTANCIA	SÍNTOMAS DIFERENCIALES
Signos o síntomas característicos de los trastornos psicóticos	Estimulantes	En la intoxicación crónica surgen cuadros similares al trastorno psicótico paranoide. La administración aguda puede llegar a delirium.
	Alucinógenos	Los signos de hiperactividad son frecuentes con la mezcalina y drogas de síntesis. Es típico la hiperacusia, sinestesias, la despersonalización y los flash-backs.
	Cannabis	Enlentecimiento temporal, deterioro de la atención y tiempo de reacción.
	Alcohol	Alucinaciones auditivas en forma de voces amenazantes y de censura (alucinosis alcohólica) o ideas delirantes de celos.
	Abstinencia de los depresores	En casos más graves cursa sintomatología es la de delirium tremens con hiperactividad adrenérgica.

La administración aguda de una sustancia puede desencadenar en cuadros psicóticos inducidos por la sustancia misma, por lo que es importante manejar criterios diferenciales de un trastorno psicótico preexistente. (Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga, 2000)

Finalmente, el Trastorno Bipolar, que refiere a la aparición de episodios maníacos o hipomaníacos y sintomatología depresiva intermitentes, presenta los niveles más altos de prevalencia de dualidad con trastornos por uso de sustancias, potenciando a su vez el inicio del consumo de una sustancia hasta en 10 veces más que un sujeto sano (Marín-Navarrete et al. 2017). El trastorno bipolar está fuertemente ligado a la aparición de consumos de alcohol, hasta en al menos un tercio de las personas diagnosticadas con éste, con las consecuencias de agravamiento de los síntomas mixtos del trastorno bipolar, agresividad, conducta suicida y baja adherencia al tratamiento.

Método

El estudio se realizó a través de una compilación documental monográfica y análisis teórico de ocho textos seleccionados de estudios clínicos y artículos científicos internacionales, del año 2000 a 2018. Entre la documentación revisada se incluyó artículos y monografías sobre la patología dual, la neurociencia de la adicción y factores de riesgo en las conductas adictivas, de origen español y mexicano. Asimismo, se hizo la revisión de una video conferencia relacionada al desarrollo madurativo del adolescente.

Conclusiones

A través de la revisión bibliográfica sobre el uso precoz de sustancias psicoactivas como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicopatológicos, se estableció que:

1.El consumo precoz de sustancias es un factor de riesgo para la manifestación de trastornos psicopatológicos ya sea por intoxicación aguda,

inducido por el consumo de la sustancia, por el síndrome de abstinencia o en casos de mayor gravedad por comorbilidad con el consumo. Por tanto, la edad de inicio de aparición de síntomas es básica para la diferenciación de un trastorno primario de uno secundario, es por ello por lo que el terapeuta experto debe contar con herramientas que le ayuden a realizar un diagnóstico diferencial en cuanto a la etiología psicopatológica y el trastorno por uso de sustancias, por lo que la historia clínica es clave en el diagnóstico.

2.Los factores de riesgo asociados al consumo inicial de una sustancia pueden ser de origen genético en conjunto con la interacción medioambiental y factores propios de la personalidad. Dichos factores se manifiestan en conjunto y no de forma aislada, por lo tanto, se habla de una vulnerabilidad al consumo, de igual manera, estos factores también influyen en la manifestación o no de trastornos psicopatológicos.

3.El daño que puede ocasionarse en el desarrollo madurativo de los consumidores precoces de sustancias psicoactivas determinaría la disfuncionalidad de orden cognitivo aunado a una neuroadaptación de los circuitos cerebrales relacionados con la recompensa, la inmadurez de áreas del córtex prefrontal en la edad adulta y su consecuente escasa mediación en la toma de decisiones, el control de impulsos, la conducta social y la flexibilidad mental, además de una sobre estimulación de áreas mediales cerebrales manifiestas en alteraciones emocionales. Las anteriores alteraciones citadas pueden funcionar como factor de riesgo para el apareamiento de trastornos psicopatológicos del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de personalidad.

4. Las principales manifestaciones psicopatológicas del curso de patologías duales dependen del tipo de trastorno asociado al consumo y su etiología. Los hallazgos en la investigación científica indican que tanto el consumo de sustancias puede facilitar la aparición de trastornos mentales, así como los trastornos mentales preexistentes pueden predisponer al inicio, mantenimiento y cronicidad del consumo de una sustancia, así como a la adherencia al tratamiento y las recaídas.

Recomendaciones

Los hallazgos científicos en cuanto a la patología dual y las claves clínicas de diagnóstico diferencial son importantes para determinar el curso de ambos trastornos y por tanto, para establecer tratamientos de calidad. Por lo anterior, es importante continuar con la investigación relacionada a la patología dual, principalmente en el contexto guatemalteco.

Tras el estudio de los hallazgos en cuanto a psicopatología dual, se hace indispensable contar con datos epidemiológicos en el contexto guatemalteco que permita el cruce de variables de género, edad y patología dual por uso, abuso y dependencia de sustancias y su cronicidad, además de coexistencia de problemas de salud asociados al consumo de drogas para la creación de cifras de prevalencia del consumo en el país, datos con los que no se cuenta en la actualidad. Ψ

Referencias

- Bersani, G., Orlandi, V., Kotzalidis, G., & Pancheri, P. (2002). Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *European Archives of Psychiatry and clinical neuroscience*, 252.
- Blakemore, S. J. (2012). *El misterioso funcionamiento del cerebro adolescente*. Londres, Inglaterra. Recuperado de <https://www.ted.com/talks>
- Calafat, A. (2006). Monografía Patología Orgánica en Adicciones. *Adicciones*, 18(1), 284.
- Comunidad de Madrid, Agencia Antidroga. (2000). *Patología Dual*. (J. Cabrera Forneiro, Ed.) Madrid, España: Delos.
- Estrada Santos, C. C. (2017). Alteraciones neuropsicológicas a causa del uso y abuso de sustancias psicoactivas. *Revista Psicólogos* (21), 20-44.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5 2013). Mexico: Manual Moderno.
- Marín-Navarrete, R., Szerman, N., & Ruiz, P. (2017). *Monografía sobre Patología Dual: Co-ocurrencia entre trastornos por uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos* (1a ed.). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). *Dependencia de sustancias psicotrópicas*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Vega Astudillo, P. (2018). *Comorbilidad. Patología Dual*. Recuperado de Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol: <http://www.cursoalcohol.com/>
- Volkow, N. D. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción*. USA: National Institute on Drug Abuse NIH.

Sustancias Psicotrópicas: Perspectiva de profesionales de salud mental en Guatemala

Alonso Andrei Mena Solorzano
Quinto año de Psicología Clínica
de la Universidad Rafael Landívar

Mgtr. Viviane Yvette Bolaños Gramajo
Colegiado Activo No. 0052
Coordinadora de Titulación e Investigación
Formativa del Departamento de Psicología de la
Universidad Rafael Landívar.

Mario Annibal Hernández
Rodríguez
Colegiado Activo No.7294
Psicólogo Clínico.
Universidad Rafael Landívar.

Resumen: Guatemala es un país vulnerable respecto a las proyecciones e incidencia de trastornos mentales y afecciones medicas debido al contexto de subdesarrollo, pobreza y violencia del país, entre otros. Respecto a esto también se puede afirmar el pronóstico negativo sobre dichas afecciones y el costo elevado de los tratamientos tradicionales. Dichos tratamientos tradicionales frecuentemente ocasionan efectos secundarios severos, es por esto por lo que esta investigación propone conocer la perspectiva de los profesionales de salud mental sobre las sustancias psicotrópicas y exponer algunos descubrimientos científicos actualizados sobre terapias alternativas con el uso de sustancias psicotrópicas. La investigación se enfocó en conocer los conocimientos, la perspectiva, las experiencias y las opiniones de expertos de salud mental sobre el uso de sustancias psicotrópicas con un fin terapéutico en Guatemala. La muestra estuvo conformada por 4 profesionales de salud mental, 2 psiquiatras y 2 psicólogos. Una de las conclusiones principales que se obtuvo en esta investigación es que los profesionales de salud mental refieren que se debe investigar más sobre el tema a nivel nacional.

Palabras clave: Sustancias psicotrópicas, innovación terapéutica, salud mental, perspectiva de profesionales.

Abstract: Guatemala is vulnerable to the forecast and incidence of mental disorders and medical conditions due to the country's context of underdevelopment, poverty and violence, among other things. In relation to this, the negative forecast about these conditions and the high price of traditional treatments can be asserted. These traditional treatments frequently cause severe side effects. For this reason, this study aims to know the perspective of mental health professionals about psychotropic substances and presents some updated scientific discoveries on alternative therapies with the use of psychotropic substances. This study aimed to know about the knowledge, perspectives, experiences and opinions of mental health experts about the use of psychotropic substances with a therapeutic purpose in Guatemala. The sample consisted of 4 mental health professionals, 2 psychiatrists and 2 psychologists. One of the main conclusions was that mental health professionals state that it is necessary to do further research on this topic at national level.

Keywords: Psychotropic substances, therapeutic innovation, mental health.

Introducción

La alegoría de la caverna de Platón se utiliza para ejemplificar la situación actual del país en muchos aspectos, esto se debe a la polarización de diversos temas, a la poca información y a los

prejuicios o preconcepciones que se manejan de manera empírica y sin evidencia que lo respalde. Este estudio propuso desarrollar una revisión teórica de las sustancias psicotrópicas recopilar la experiencia de profesionales de la salud respecto a sus usos terapéuticos.

Para ello, es necesario revisar la conceptualización de las sustancias psicotrópicas, en qué se diferencian de las drogas y cómo se clasifican. Según Pérez y Merino (2013), las sustancias psicotrópicas son todas aquellas sustancias que tienen un origen natural y/o sintético y que pueden ser consumidas por diversas maneras, ya sea oral, intramuscular, intravenosa o alguna otra vía. Estas sustancias tienen la capacidad de generar un efecto sobre el sistema nervioso central, por lo que provocan alteraciones en el organismo.

La diferencia con las drogas parte de delimitar la asociación de estas sustancias con las drogas. Éstas últimas pueden tener un uso legal o ilegal dependiendo de su uso y el tipo de alteración que ocasione en el organismo. No obstante, las drogas más dañinas son las sustancias legales como el tabaco y el alcohol, así como lo demuestra Nutt (2010), para la revista británica *The Lancet*, quien indica que la droga más peligrosa en el mundo es el alcohol y no la marihuana como es la creencia.

Otras aclaraciones del concepto están dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), que indica que la manera más neutral para referirse a las drogas es el término de sustancias psicotrópicas, debido a que en el lenguaje popular las asocia a las palabras dependencia, abuso, adicción, y entre otras, a la palabra drogas. Sin embargo, según la OMS (1994) no todas las sustancias psicotrópicas producen estos síntomas. De la misma manera, a los psicotrópicos también se les conoce como sustancias psicoactivas, sin embargo; no todos promueven la activación del sistema nervioso.

Según Infodrogas (2019), las sustancias psicotrópicas se clasifican según los efectos que ocasionan en el sistema nervioso central: depresoras (sustancias que disminuyen, retrasan o sedan las funciones del sistema nervioso central provocando relajación, sedación y disminución de los estímulos externos), estimulantes (aceleren o excitan el sistema nervioso central, provocando euforia, menor fatiga, excitación, entre otros) y alucinógenas (producen distorsiones en las sensaciones y alteran el estado de ánimo así como las cogniciones).

En el ámbito académico se ha comprobado la eficacia del uso de las sustancias psicotrópicas como apoyo terapéutico. The National Institute for Health and Clinical Excellence (2008), confirmó mayor eficacia de su implementación simultánea que de forma independiente, basado este análisis en cuanto al pronóstico y la disminución de prevalencia.

Investigaciones a nivel internacional han confirmado el uso efectivo de sustancias psicotrópicas como la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), para tratar el estrés post traumático (algunos de estos trabajos iniciados desde 1986). Probando los efectos positivos de la sustancia ya que amortigua la respuesta emocional a la memoria y permite a las personas revivir el trauma sin el desborde emocional incapacitante (Mithoefer, 2007; Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, 2016-2017). También se ha demostrado la eficacia del MDMA en pacientes con características paranoides, ya que reduce las respuestas de temor del paciente en el proceso terapéutico (Stewart, 2014).

El aporte medicinal de otras sustancias derivadas del cannabis (como el extracto de THC Y CBD) han sido investigadas por Kalapa Clinic (2017); quienes son un laboratorio español y una plataforma informativa pionera a nivel europeo en terapias alternativas con cannabinoides. Tal y como lo citaron del estudio de Mangieri de la universidad de Texas en el 2008 en el cual fue realizado un análisis científico en roedores modificados para padecer síntomas de depresión. La investigación develó alteración en los niveles de cannabinoides endógenos y el receptor CB1 cannabinoide del encéfalo, implicando a este sistema como posible causa etiológica de la depresión. De esta manera, cuando se mejoraba la señalización del receptor cannabinoide, se observó una mejora en los síntomas característicos de la enfermedad.

Los beneficios de cannabinoides también han sido demostrados por Cooper (2017) a través del Kings College en Londres (2017); para el tratamiento del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), en adultos. Como resultado de una investigación experimental, se observaron diferencias clínicamente significativas en los niveles de hiperactividad, así como en los niveles de falta de atención y de responsabilidad emocional. Se encontró que el tratamiento con cannabinoides no tuvo efectos negativos en el rendimiento cognitivo lo cual confirmó que la asociación entre cannabis y déficit cognitivo no se relacionan. De la misma manera, se confirmaron mejoras en la impulsividad debido a los efectos ansiolíticos del CBD y el THC. El estudio también sugirió que las condiciones psicológicas secundarias al trastorno como la depresión y ansiedad fueron mejoradas con este tratamiento

y que no se evidenciaron efectos secundarios al ser una sustancia natural. Müller-Vahl (2008), del Departamento de Psiquiatría, Socio-Psiquiatría y Psicoterapia de la Facultad de Medicina de Hannover, Alemania, confirmó que el CBD es un tratamiento efectivo para tratar la esquizofrenia aguda y apuntan al sistema cannabinoide endógeno como posible nuevo foco de atención para este trastorno mental.

A nivel nacional no se han encontrado investigaciones que prueben la eficacia de sustancias psicotrópicas. No obstante, existe el interés por promover la difusión teórica de los últimos estudios de sustancias psicotrópicas, así como la discusión entre profesionales. Mena y Hernández (2016), expuso los resultados de una investigación realizada en Guatemala sobre los principales usos terapéuticos de las sustancias depresoras, estimulantes y alucinógenos en la Universidad Alberto Hurtado de Santiago de Chile durante la V Jornada Chilena de Historia de Psicología en una ponencia titulada: "Usos de las Sustancias Psicoactivas en la terapia psicológica". En 2018, durante la II Semana Científica de la Universidad Rafael Landívar expuso los usos terapéuticos de las sustancias psicotrópicas y la situación actual del país respecto las mismas en una ponencia titulada: "Beneficios de las Sustancias Psicotrópicas con fines terapéuticos" (Mena, 2018).

Guatemala es un país vulnerable respecto a las proyecciones e incidencia de trastornos mentales y afecciones médicas. Esto debido al contexto de subdesarrollo, pobreza y violencia del país. El pronóstico sobre dichas afecciones usualmente es reservado o negativo con un elevado costo en los tratamientos tradicionales.

Este contexto puede derivar en un escenario de riesgo por la carencia de legislación y una estructura fuerte para regular el uso y abuso de las sustancias psicotrópicas que, al ser en su mayoría compuestas por sustancias naturales, poseen un costo relativamente más bajo comparado con los fármacos tradicionales.

Orozco (2005), indica que el uso profesional de medicamentos de origen natural en Guatemala se encuentra en crecimiento, debido a factores culturales, sociales y económicos. Menciona a su vez que los efectos secundarios de la medicina sintética presente cada día mayores efectos secundarios, factor que ha obligado a las personas a buscar sustancias alternativas.

Esta investigación pretende despertar el interés para futuras investigaciones, tanto en profesionales como estudiantes en áreas de salud mental, sobre el uso de sustancias psicotrópicas con fines terapéuticos. Se propone conocer la perspectiva de los profesionales de salud mental sobre las sustancias psicotrópicas, su conocimiento sobre el tema, sus perspectivas, experiencias y opiniones. Así como difundir descubrimientos científicos actualizados sobre terapias alternativas con las mismas. Derivado de lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la perspectiva de los profesionales de salud mental sobre el uso de sustancias psicotrópicas durante la terapia psicológica en Guatemala?

Método

Este estudio se diseñó como una investigación cualitativa de tipo descriptiva. Según Katamaya (2014) este tipo de investigación busca una descripción holística de los fenómenos,

e intenta comprenderlos tanto como analizarlos desde diferentes perspectivas sin utilizar métodos numéricos. El análisis empleado fue fenomenológico, el cual pretende reconocer las percepciones de los individuos en torno al significado personal de un fenómeno o experiencia (Duque, 2018).

En la investigación se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional para la elección de los sujetos. Para ello se realizó un perfil de profesionales con conocimiento y experiencia en el tema. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), en ciertos estudios es necesaria la opinión de individuos expertos en un tema. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios y se utiliza para generar hipótesis más precisas. La muestra final contó con un total de 4 profesionales guatemaltecos de salud mental: 2 psicólogas clínicas (ambas mujeres) y 2 psiquiatras (un hombre y una mujer). No se tomaron en cuenta factores socioeconómicos, casa de estudio, ni tiempo de ejercer la profesión. Por lo anterior expuesto, esta investigación no pretende generalizar los resultados obtenidos.

La descripción de los sujetos que por consideraciones éticas serán identificados con un sobrenombre y un identificador es la siguiente: Marta ("Profesional M"), psicóloga educativa con conocimientos de terapias holísticas de 47 años, graduada de la Universidad Rafael Landívar y Gabriela ("Profesional G"), psicóloga clínica especializada en neurociencias, terapia del habla y en trastornos de aprendizaje de 63 años, graduada de la misma universidad. David ("Profesional D"), psiquiatra de 39 años, graduado de la Universidad Francisco Marroquín y Valeria ("Profesional V"),

psiquiatra de 58 años graduada de la Universidad San Carlos de Guatemala.

En esta investigación se utilizó una entrevista cualitativa, semiestructurada y de creación propia. Hernández et al. (2010) define la entrevista cualitativa como

una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) ... se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas) (p.418).

En éstas, se busca conocer experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, etcétera.

El instrumento se diseñó sobre la base de los siguientes indicadores: Sustancias psicotrópicas depresoras, sustancias psicotrópicas estimulantes y sustancias psicotrópicas alucinógenas. Por cada uno de estos indicadores interesó conocer la utilidad, la/s ventajas y desventaja/s percibidas, uso y experiencia en el tratamiento psicológico, beneficios observados y opinión sobre su uso por profesionales en Guatemala.

Resultados y discusión de resultados

Inicialmente se presenta las apreciaciones de cada uno de los profesionales posteriormente, una tabla resumen con la sistematización de información recibida y la discusión de resultados.

Profesional M. Psicóloga. Respecto a las sustancias psicotrópicas depresoras, opina que éstas no tendrían mayor utilidad, ya que muchas veces no se tiene claro el diagnóstico del paciente y que administrar una sustancia podría generar síntomas o reforzarlos. El beneficio que observa se relaciona con la reducción de niveles de ansiedad, pero por ser ilegal, podría generar ansiedad en la persona que las consume. Expresó que el uso de las sustancias psicotrópicas depresoras no tiene sentido sin acompañamiento psicológico. El efecto secundario podría tener lugar al no existir una reflexión o un acompañamiento que provoque dependencia de por vida al reinstalarse los síntomas que dieron lugar a su uso original. Lo anterior debido a que estas sustancias trabajan el síntoma, pero no el origen, lo cual hace al sujeto vulnerable de una adicción psicológica.

Sobre las sustancias psicotrópicas estimulantes, indicó que al igual que con las depresoras, todo depende del diagnóstico y del criterio del terapeuta. Hizo énfasis en la importancia de estudiar los beneficios de estas sustancias estimulantes en un ambiente controlado, debido a los prejuicios sociales (“morbo por ser prohibidas”). Según su criterio este es un factor que en Guatemala dificulta la aplicación y confirmación científica de estas sustancias, lo que considera como la mayor

* 1. Para más información sobre los contenidos de la entrevista y/o las transcripciones de la misma escribir al siguiente correo: almenaig@gmail.com

desventaja. Agregó que es necesario comprobar los beneficios de las sustancias estimulantes.

Sobre las sustancias psicotrópicas alucinógenas indicó son las menos útiles, ya que alteran la psique. De esta cuenta, considera que éstas solo generan desventajas, como la pérdida de la conciencia real y la creación de pensamientos irracionales. Y la única ventaja que observa, es la causada por el efecto placebo.

Refiere como ventajas del uso de sustancias psicotrópicas la ausencia de intervención “clínica” por parte del hombre. Considera que su uso debería ser analizado por un equipo multidisciplinario. Acerca de la implementación en Guatemala, posicionó a favor de su uso en tanto se confirmen los beneficios y condiciones de implementación científicamente. Garantizando la regulación, investigación y garantía de especialización de los profesionales que implementarán el uso las sustancias psicotrópicas. Respecto a su implementación en la psicoterapia en Guatemala indicó que es necesario investigar, leer y analizar la situación. Afirmó que los psicólogos clínicos de Guatemala necesitan mayor formación teórica para brindar un acompañamiento terapéutico, pero, antes que nada, es necesario eliminar prejuicios sociales.

Profesional G. Psicóloga. En relación con la utilidad de las sustancias psicotrópicas depresoras para la terapia psicológica consideró que pueden ser útiles para tratar trastornos del sueño y ansiedad, pero que deben de ser reguladas y brindarse psicoeducación al paciente. Como experiencia con el uso de estas sustancias con fines terapéuticos menciona que ha observado beneficio

en el uso de la marihuana posterior a un accidente para tratar dolores, otros síntomas físicos y emocionales. Sin embargo, hizo énfasis que este seguimiento se llevó a cabo bajo supervisión médica y asegurándose de la calidad del producto. Respecto el uso de estas sustancias depresoras para la terapia psicológica en Guatemala, considera que aún no se cuenta con investigación seria al respecto ni con especialización de los profesionales, por lo cual existe el riesgo de un mal uso.

Respecto las sustancias estimulantes expresó que en algunos casos podría ser beneficioso en casos de hipersomnia y cansancio crónico. Debido a que, al acelerar la actividad del sistema nervioso central, es posible propiciar la disminución del sueño y estados de reducción de la fatiga. Expresó que la mayor ventaja de estas sustancias se observa al actuar en los receptores de dopamina y noradrenalina produciendo un aumento de los niveles de la actividad motriz y cognitiva, reforzando el estado de vigilia, de concentración y de atención. Expuso como ejemplos la cafeína, la teína, el Matte, y el cacao. Hizo referencia a las propiedades milenarias de estas sustancias desde los aztecas, cuando éstos utilizaban el cacao en rituales como estimulantes o en las culturas andinas, cuando se utilizaban las hojas de coca para reducir mareos, regular la presión arterial y prevenir la diabetes.

Sobre las sustancias psicotrópicas alucinógenas opinó que no son útiles para la terapia psicológica ya que genera estados alterados de conciencia y distorsiones en las funciones psíquicas, debido a que en psicoterapia se trabaja

para reducir esas distorsiones. Hizo énfasis en el hecho que el terapeuta, busca trabajar con la realidad del paciente y que, al utilizar estas sustancias se altera la realidad. Mencionó como ejemplo los efectos analgésicos y relajantes que el peyote posee y su uso generalizado para calmar fiebres y parálisis, aún cuando se clasifique como un alucinógeno por el riesgo de producir alucinaciones. Indicó que la mayor desventaja de estas sustancias con fines terapéuticos es la creación de estados alterados de consciencia que pueden manifestar material inconsciente incluso cuando hay otras vías por el cual también puede manifestarse este tipo de material. Como opinión expresó que el uso de estas sustancias posee más riesgos que de beneficios, debido a las características generales de la población por la tendencia social, cultural o ritual-religiosa a pensamientos mágicos lo que incrementa el riesgo de disociación y brote de estados psicóticos.

Considera que Guatemala posee una riqueza botánica y ancestral muy grande, lo cual podría ser beneficioso para realizar estudios de este tipo. También refirió que la participación en estos estudios debe enfocarse a los sujetos. Para el uso en psicoterapia, consideró importante formar un criterio selectivo acerca de que en casos específicos podría ser de beneficio considerando para ello, el historial clínico de los sujetos. Hizo énfasis en la necesidad de realizar estudios con validez científica con respeto por la vida, los principios éticos y los derechos del paciente. En este momento no considera aptos a los psicólogos clínicos de Guatemala para el uso de las sustancias en psicoterapia ya que no se cuenta con la formación científica ni con la apertura para el uso de estas.

Profesional D. Psiquiatra. Sobre las sustancias psicotrópicas depresoras, expresó que éstas sí tienen propiedades útiles para la psicoterapia, pero que él personalmente no está a favor de su uso, debido a que no están aprobados por la FDA (Food and Drugs Administration). Con relación a los usos refirió conocimientos sobre usos médicos de la marihuana, para reducir síntomas como náuseas y dolores, siendo esta última la mayor ventaja.

Respecto a las sustancias psicotrópicas estimulantes, enunció firmemente su utilidad en psicoterapia y mencionó derivados de anfetaminas que son efectivos para tratar TDAH. Estas sustancias ya poseen aprobación y que se pueden obtener con receta médica en ciertos países. Indicó que la mayor ventaja es el estudio científico que poseen y que en algunos casos constan con aprobación. Por el contrario, manifestó que la mayor desventaja es el impacto que poseen en el sistema nervioso central, lo cual interactúa diferente en cada persona y al igual que con las depresoras, algunas son obtenidas de forma ilegal, por lo cual afecta la pureza de las sustancias.

En cuanto a las sustancias psicotrópicas alucinógenas, refirió que conoce la utilidad de éstas en la psicoterapia, gracias a estudios recientes, pero que él particularmente no está a favor. A pesar de considerar ventajas como la disminución de síntomas ansiosos y depresivos, indicó que la mayor desventaja es la imprevisibilidad de la respuesta del cuerpo ante la sustancia, ya que las dosis varían según cada persona.

Recalcó la importancia del tiempo, para la implementación de dichas sustancias en la

psicoterapia, así como de más estudios científicos. Considera aptos a los psicólogos clínicos de Guatemala para dar el acompañamiento psicoterapéutico con estas sustancias, pero hizo énfasis a que es necesario realizar más estudios.

Profesional V. Psiquiatra. Sobre las sustancias psicotrópicas depresoras, expresó que pueden utilizarse como medicina alternativa, pero que no son útiles en todos los casos. Indicó que pueden utilizarse para trabajar problemas de ansiedad, sin embargo, ya existen fármacos para ello. Manifestó que estas sustancias podrían ser más beneficiosas para fines médicos que para fines psicológicos; particularmente porque en el proceso de terapia, el psicólogo realiza psicoterapia y no prescribe sustancias. Indicó tener conocidos que utilizaron la marihuana con fines paliativos y que han sido de utilidad. Considera beneficiosa la implementación de las sustancias psicotrópicas depresoras con fines terapéuticas en Guatemala, pero únicamente aquellas que se encuentren avaladas por estudios científicos, en donde se encuentren parámetros de dosis, toxicidad y relación de beneficios con efectos secundarios.

Considera menos útiles las sustancias psicotrópicas estimulantes que las depresoras, debido a sus propiedades desinhibitorias y excitadoras. Mencionó como ventaja la reducción de fatiga y cansancio en algunos casos, ya que existen estimulantes menos nocivos como la cafeína, aunque considera que no poseen grandes ventajas psicoterapéuticas. Como desventajas expuso los riesgos que se corren al realizar un mal diagnóstico y como una combinación de fármacos innecesaria puede precipitar la desregulación tanto emocional como conductual.

No considera aptos a los psicólogos clínicos de Guatemala para la implementación de sustancias psicotrópicas durante la terapia psicológica, tampoco a los médicos ni psiquiatras, debido a que no hay formación o especialización al respecto. Refirió que tampoco se cuenta con una población apta para terapias alternativas con sustancias psicotrópicas. De la misma manera expresó que ni la academia ni las instituciones encargadas de regular los aspectos legales están preparadas para este tipo de terapia.

En los resultados obtenidos en la investigación se pudo observar que los expertos refieren que Guatemala aún no se encuentra lista para la implementación de estas sustancias en la terapia psicológica por varias razones. Una de ellas es la falta de instituciones o academias que capaciten a los terapeutas sobre este tipo de sustancias. Otra razón es que no se cuenta con una cultura de trabajo multidisciplinario entre expertos de salud mental, ya que el uso de las sustancias independiente a un acompañamiento psicológico no genera beneficio alguno.

De la misma manera expresan consideraron que debe dársele a los sujetos un acompañamiento psicológico como factor condicionante para este tipo de terapia. Por lo anterior, se observó que la perspectiva de los expertos de salud mental es que se necesita más tiempo para realizar estudios científicos sobre estas sustancias y de esta forma, analizar los beneficios de las sustancias psicotrópicas en el contexto guatemalteco garantizar su eficacia en un contexto de terapia psicológica.

SUSTANCIAS DEPRESORAS		SUSTANCIAS ALUCINÓGENAS	
PERSPECTIVA DE PSICÓLOGOS	PERSPECTIVA DE PSIQUIATRAS	PERSPECTIVA DE PSICÓLOGOS	PERSPECTIVA DE PSIQUIATRAS
Uso en reducción de ansiedad, tratamiento de sueño. No obstante es importante el acompañamiento psicológico.	Las opiniones se dividieron: Un profesional consideró útil su uso en psicoterapia, otro no. No se considera adecuado su uso por no estar aprobadas o porque ya existen fármacos en el mercado para tratar la ansiedad. Un profesional observó su utilidad en cuidados paliativos.	Es necesaria una aplicación regulada. Se observan como desventajas la pérdida de consciencia así como la presencia de estados alterados, irracionales, distorsiones y alucinaciones. Adicionalmente, se considera una desventaja la intensificación de los efectos, debido a la presencia de pensamientos mágicos que pueden derivar en disociaciones o brotes psicóticos.	Se observó como ventaja la disminución de síntomas ansiosos y depresivos. Como desventajas, la imprevisibilidad de la respuesta del cuerpo ya que las dosis varían según cada persona.
SUSTANCIAS ESTIMULANTES		RECOMENDACIONES	
PERSPECTIVA DE PSICÓLOGOS	PERSPECTIVA DE PSIQUIATRAS	PERSPECTIVA DE PSICÓLOGOS	PERSPECTIVA DE PSIQUIATRAS
Es importante el criterio profesional. Como ventajas se menciona el tratamiento para disminución del sueño, reducción de fatiga en casos de hipersomnia y cansancio crónico. También se observan ventajas en el aumento de la actividad motriz, cognitiva, estado de vigilia, concentración y atención. Se observa como desventaja el prejuicio social.	Ha sido comprobada su utilidad en la reducción de la fatiga y el cansancio. Poseen aprobación de uso en algunos países para el tratamiento del TDAH con anfetaminas. Se observa como desventajas el hecho que actúan diferente en cada persona y que existe el riesgo de adquirir un producto si estándares de pureza. Un profesional considera que no poseen ventajas para el tratamiento psicológico.	Se requiere de mayor cantidad de estudios para su implementación.	Se requiere de mayor cantidad de estudios para su implementación. Se consideró vital realizar los estudios en un ambiente controlado. Para ser utilizadas, es importante la discusión sobre prejuicios y perspectivas así como regular su uso. En la implementación, se considera importante la psicoeducación.

Fuente: Elaboración propia con información de profesionales entrevistados

Se observó una actitud optimista de los sujetos de estudio ante la capacitación, el estudio y la implementación de ciertas sustancias psicotrópicas en la psicoterapia. Siempre y cuando antes de utilizarlas, el terapeuta se encuentre capacitado sobre el uso de estas sustancias y que los psicotrópicos sean aprobados y regulados por la FDA y por la legislación del país.

Conclusiones

Desde la perspectiva de los profesionales de psicología y un psiquiatra guatemalteco trabajando en un contexto de salud mental; el uso de las sustancias psicotrópicas en la psicoterapia es viable ante los beneficios de estas sustancias, sin embargo, todos coincidieron en la necesidad de realizar mayor investigación científica para garantizar su eficacia e implementarlos su uso en la psicoterapia en Guatemala. Hicieron énfasis en la necesidad de contar con evidencia científica sobre los usos terapéuticos y los efectos secundarios que estos puedan ocasionar.

Respecto las sustancias psicotrópicas depresoras los sujetos de estudio refirieron conocer sobre la utilidad potencial en psicoterapia pero que es necesario contar con evidencia científica. Expresaron que el país necesita más tiempo para que los expertos de salud mental se capaciten y observaron limitación en los prejuicios sociales para el uso de este tipo de sustancias. Existió coincidencia en el hecho que la principal ventaja o beneficio de estas sustancias es la regulación de los niveles de ansiedad y que poseen propiedades analgésicas.

Sobre las sustancias psicotrópicas estimulantes, los sujetos de estudio refirieron que podrían ser de utilidad debido a los beneficios terapéuticos para manejar ciertos trastornos como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Manifestaron que el uso de estas sustancias debe ser regulado y aprobado por la Food and Drugs Administration, ya que la dosis y el efecto de este tipo de sustancias varía en cada persona. Agregaron que estas sustancias

requieren control sobre los efectos secundarios que puedan generar. Por ello, es necesario realizar más estudios científicos y éticos, que velen por la salud de los pacientes con el que se pruebe la eficacia de este tipo de sustancias.

Los expertos de salud mental se manifestaron en desacuerdo con el uso de las sustancias psicotrópicas alucinógenas ya que producen un efecto contrario a lo que se busca en la terapia psicológica. Hicieron referencia al mecanismo de acción de estas sustancias que provoca estados alterados de consciencia que no converge con los principios del trabajo del terapeuta.

Finamente, consideraron que Guatemala aún no se encuentra lista para la implementación de estas sustancia en un contexto de terapia debido a que faltan instituciones que capaciten a los profesionales de salud mental del país y que la ilegalidad de estas sustancias ocasionan factores adversos para la psicoterapia (al no garantizar la pureza de la sustancia). Una profesional mencionó como efectos psicológicos la ansiedad que genera el saber que se está consumiendo algo ilegal. En general consideraron que es necesaria la regulación de la práctica profesional que garantice un uso eficaz sin riesgo para los usuarios. Ψ

Referencias

American Psychological Association. (2017). Entendiendo la psicoterapia. Estados Unidos de América. American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia.aspx>.

Cooper, E. (2017). Cannabinoids in attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomised-controlled trial. *Science Direct, European neuropsychopharmacology*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X17302377?via%3Dihub>

Duque, H. (2018), *Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su implementación en la investigación cualitativa en psicología*. Interpretative Phenomenological Analysis A methodological guide its use in qualitative research in psychology. Colombia.

Fernández, A. (s.f) Definición de la psicología. Bierzopsicologia.com. recuperado de <https://bierzopsicologia.es/psicologia-clinica/>.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2010), *Metodología de la investigación*. Ciudad de México, México. The MacGraw-Hill.

Infodrogas. (2019). *Qué son las drogas*. Sustancias psicoactivas/drogas. La Rioja, España. Infodrogas, Gobierno de la Rioja. Recuperado de <https://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>.

Kalapa Clinic. (2017). *Cannabinoides y la depresión*. España. Kalapa Clinic. Recuperado de <https://www.kalapa-clinic.com/cannabinoides-depresion/>

Katamaya, R. (2014), *Introducción a la Investigación Cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas*. Lima, Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Mena, A. (2018). Beneficios de las sustancias psicotrópicas con fines terapéuticos. En

- J. Gálvez y J. Blanco (Presidencia). II Semana Científica Universidad, Ciencia y Transformación Social: una mirada desde la globalización. Mesa de diálogo sobre investigación experimental llevada a cabo en la II Semana Científica de la Universidad Rafael Landívar de la ciudad de Guatemala, Guatemala.
- Mena, A. & Hernández, M. (2016). Usos de las Sustancias Psicoactivas en la terapia psicológica. En R. Moretti (Presidencia). V Jornada Chilena de Historia de Psicología. Conferencia llevada a cabo en el congreso de la Universidad Alberto Hurtado de Santiago de Chile, Chile.
- Mithoefer, M. (2007). *Journal of Psychopharmacology*. SAGE Journals. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881110378371>
- Müller-Vahl, K. (2008). *Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia. Cannabinoides y esquizofrenia: ¿dónde está el vínculo?*. Recuperado de https://cannabis-med.org/data/pdf/es_2008_04_1.pdf
- Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies. (2017). PRESS RELEASE: FDA Grants Breakthrough Therapy Designation for MDMA-Assisted Psychotherapy for PTSD, Agrees on Special Protocol Assessment for Phase 3 Trials. MAPS *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*. Recuperado de <https://maps.org/news/media/6786-press-release-fda-grants-breakthrough-therapy-designation-for-mdma-assisted-psychotherapy-for-ptsd,-agrees-on-special-protocol-assessment-for-phase-3-trials>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). *El NICE recomienda la psicoterapia cognitivo-conductual para personas en riesgo de psicosis*. España. Consejo General de la Psicología en España. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4979
- Nutt, D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. United Kingdom. *The Lancet*. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/abstract)
- Organización Mundial de la Salud. (OMS 1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. España. World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Orozco, I. (2005). *Medicina Homeopática en Guatemala*. Universidad de San Carlos de Guatemala. Nueva Guatemala de la Asunción. Recuperado de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/07/07_1773.pdf
- Pérez, J. & Merino, M. (2013). Definición de psicotrópico. Definición. Recuperado de <https://definicion.de/psicotropico/>
- ResearchGate. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/327890915_Analisis_fenomenologico_interpretativo_Una_guia_metodologica_para_su_implementacion_en_la_investigacion_cualitativa_en_psicologia_Interpretative_Phenomenological_Analysis_A_methodological_guide_its_us.
- Stewart, H. (2014). Effects of ecstasy on cooperative behaviour and perception of trustworthiness: A naturalistic study. *Journal of psychopharmacology*. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269881114544775>

Anexos

SUJETO	GÉNERO	EDAD	PROFESIÓN
D "David"	Masculino	37 años	Psiquiatra
M "Marta"	Femenino	47 años	Psicóloga Clínica
V "Valeria"	Femenino	58 años	Psiquiatra
G "Gabriela"	Femenino	63 años	Psicóloga clínica

Entrevista dirigida a profesionales guatemaltecos de salud mental

Mi nombre es Alonso Mena. El objetivo de esta entrevista es conocer la perspectiva de los profesionales guatemaltecos de salud mental sobre el uso de sustancias psicotrópicas durante el proceso de terapia psicológica en Guatemala. La confidencialidad y el anonimato le serán garantizados, agradecemos su colaboración respondiendo a las siguientes preguntas:

Datos generales

Nombre:

Edad:

Profesión:

Especialización

1. ¿Qué lo motivo a estudiar psicología / psiquiatría?
2. ¿Qué es lo que más le gusta hacer de su carrera?
3. ¿En que especializo o le gustaría especializarse?

Sustancias psicotrópicas depresoras

4. ¿Considera útil las sustancias psicotrópicas depresoras en la terapia psicológica?
5. ¿Cuál considera la mayor ventaja de las sustancias psicotrópicas depresoras en la terapia psicológica?
6. ¿Cuál considera la mayor desventaja de las sustancias psicotrópicas depresoras en la terapia psicológica?
7. ¿Considera útil el acompañamiento psicológico durante el uso de sustancias psicotrópicas depresoras?
8. ¿Cuál ha sido su mejor experiencia sobre el uso de sustancias psicotrópicas depresoras con fines terapéuticos?
9. ¿Cuál ha sido su peor experiencia sobre el uso de sustancias psicotrópicas depresoras en psicoterapia?
10. ¿Considera beneficiosa la implementación de la psicoterapia de algunas sustancias psicotrópicas depresoras en psicoterapia?
11. ¿Cuál sería su opinión respecto a la implementación de las sustancias psicotrópicas depresoras durante la terapia psicológica en Guatemala?

Sustancias psicotrópicas estimulantes

12. ¿Considera útil las sustancias psicotrópicas estimulantes para la terapia psicológica?
13. ¿Cuál considera la mayor ventaja de las sustancias psicotrópicas estimulantes con fines psicoterapéuticos?
14. ¿Cuál considera la mayor desventaja de las sustancias psicotrópicas estimulantes?
15. ¿Considera útil el acompañamiento psicológico durante el uso de sustancias psicotrópicas estimulantes?
16. ¿Cuál ha sido su mejor experiencia con fines terapéuticos sobre el uso de sustancias psicotrópicas estimulantes?
17. ¿Cuál ha sido su peor experiencia en psicoterapia sobre el uso de sustancias psicotrópicas estimulantes?
18. ¿Considera beneficiosa la implementación de la psicoterapia de algunas sustancias psicotrópicas estimulantes?
19. ¿Cuál sería su opinión respecto a la implementación de las sustancias psicotrópicas estimulantes durante la terapia psicológica en Guatemala?

Sustancias psicotrópicas alucinógenas

20. ¿Considera útil las sustancias psicotrópicas estimulantes para la terapia psicológica?
21. ¿Cuál considera la mayor ventaja de las sustancias psicotrópicas estimulantes con fines psicoterapéuticos?
22. ¿Cuál considera la mayor desventaja de las sustancias psicotrópicas alucinógenas?
23. ¿Considera útil el acompañamiento psicológico durante el uso de sustancias psicotrópicas estimulantes?
24. ¿Cuál ha sido su mejor experiencia con fines terapéuticos sobre el uso de sustancias psicotrópicas alucinógenas?
25. ¿Cuál ha sido su peor experiencia en psicoterapia sobre el uso de sustancias psicotrópicas alucinógenas?
26. ¿Considera beneficiosa la implementación de la psicoterapia de algunas sustancias psicotrópicas alucinógenas?
27. ¿Cuál sería su opinión respecto a la implementación de las sustancias psicotrópicas alucinógenas durante la terapia psicológica en Guatemala?

Preparación profesional para la implementación de sustancias psicotrópicas en Guatemala

28. ¿Considera aptos a los psicológicos clínicos de Guatemala para la implementación de sustancias psicotrópicas durante la terapia psicológica?

Mecanismos a través de los cuales el optimismo influye en la calidad de vida de los pacientes con cáncer

Dra. Claudia M. González
Pontificia Universidad Católica de Chile

Mgtr. Regina Fernández Morales
Universidad Rafael Landívar
Colegiado Activo No. 4198

Resumen: El presente estudio tiene como finalidad realizar una revisión de las investigaciones más importantes acerca de la relación existente entre optimismo y calidad de vida en pacientes con cáncer. Los objetivos que se proponen son dos: en primer lugar, determinar qué tipo de relación existe entre optimismo y calidad de vida en pacientes con cáncer; y como segundo, establecer cuáles son los mecanismos a través de los cuales se posibilita esta relación. La revisión bibliográfica, consta de artículos de revistas especializadas en el área de la psicología, específicamente en psicología de la salud y calidad de vida, con publicación electrónica en las siguientes bases de datos Proquest, Ebsco, PsycInfo. A partir de la revisión se puede concluir que el optimismo y calidad de vida en pacientes con cáncer están correlacionados positivamente, pero de manera indirecta, ya que existen mecanismos que median la relación entre ambas variables.

Palabras clave: disposición al optimismo; calidad de vida y cáncer, revisión de literatura

Abstract: The purpose of this study is to review the most important research on the relationship between optimism and quality of life in patients with cancer. The objectives are two: first, to determine what type of relationship exists between optimism and quality of life in patients with cancer; and second, establish what are the mechanisms through which this relationship is possible. The literature review consists of articles from specialized journals in the area of psychology, specifically in health psychology and quality of life, with electronic publication in the following databases Proquest, Ebsco, PsycInfo. From the review it can be concluded that optimism and quality of life in cancer patients are correlated positively, but indirectly, since there are mechanisms that mediate the relationship between variables

Keywords: readiness for optimism; quality of life and cancer, literature review.

Introducción

El tema que convoca este trabajo es hacer una descripción de la relación que existe entre la disposición al optimismo y la calidad de vida de la salud de pacientes con cáncer, y los mecanismos a través de los cuales se posibilita esta relación, a partir de una revisión de las principales investigaciones que se han dedicado a este tema en los últimos años.

En la actualidad el cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo (40%) y en Chile, corresponde a la segunda causa de mortalidad. A nivel mundial el 12% de las defunciones anuales son por cáncer. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) 6 millones de casos nuevos de cáncer se presentan anualmente. Por otra parte, las investigaciones señalan que el optimismo juega un rol importante en la calidad de vida de

las personas, concluyendo que aquellas personas con una disposición al optimismo tienen mejores índices de calidad de vida. El padecimiento de una enfermedad grave como el cáncer, es considerado un evento estresante e inesperado en la vida de las personas y, una de las características de estos eventos es que afectan la calidad de vida de quienes se ven enfrentados a ellos (Kreitler, Peleg & Ehrenfeld, 2007). Considerando lo anterior, parece importante investigar si la correlación positiva que se da entre el optimismo y calidad de vida se mantiene cuando las personas se ven enfrentadas a eventos que afectan esta variable, como el cáncer, y si es así, parece pertinente conocer cuáles son los mecanismos que operan para que se dé esta relación. La relevancia de esto radica en que, dadas las elevadas tasas de incidencia de esta enfermedad en la población y el consiguiente deterioro en la calidad de vida, parece importante conocer, cuáles son los factores que favorecen una mejor calidad de vida para así diseñar intervenciones que la desarrollen o potencien y de esta manera hacer más llevadero el proceso de enfermedad.

Para fines de esta revisión la variable optimismo se define como una disposición estable de la personalidad de las personas y no como un estado frente a una situación en particular. Por otra parte la variable calidad de vida de la salud, se evalúa como una percepción subjetiva que tiene el individuo con respecto a los dominios de su vida.

Para poder entender mejor la relación que existe entre la disposición al optimismo y calidad de vida en pacientes con cáncer, se describirá en primer lugar, como se relacionan las variables personalidad, disposición al optimismo

y calidad de vida; en segundo lugar se describirá el impacto que tiene el diagnóstico y tratamiento por cáncer en la calidad de vida de las personas y finalmente se describirá como el optimismo incide positivamente en la calidad de vida de las personas que padecen de cáncer.

Finalmente, luego de haber extraído las principales conclusiones, se desarrollará una discusión acerca de los principales temas revisados y de algunos estudios que demuestran una relación inversa a la que aquí se ha planteado. Además, se expondrán las limitaciones de la revisión.

Metodología

La selección de los artículos consideró solo aquellos que definían disposición al optimismo y calidad de vida en salud de la manera en que se ha descrito anteriormente. No se incluyó aquellos artículos que definían el optimismo como un estado antes una situación particular y tampoco aquellos que evalúan de la calidad de vida, sin considerar la percepción del sujeto.

Los artículos citados son de primera fuente y han sido extraídos de las bases de datos Ebsco, Proquest y PsycInfo; además se ha utilizado la Colección Electrónica del Sistema de Bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda del material bibliográfico fueron: *cáncer; optimismo; calidad de vida en salud; personalidad; benefit finding y autores claves, tales como Carver, C.S.; Penedo, F.*

Marco teórico

Relación entre personalidad y calidad de vida.

Conocido es que cuando los seres humanos

se ven enfrentados a eventos estresantes como enfermedades, desastres naturales, muertes de seres queridos, problemas económicos, etc. la calidad de vida de las personas de alguna manera se ve afectada (Kim, DeRoo, Meier, Parks, & Sandler, 2016) Sin embargo, existen algunos factores que pueden exacerbar el deterioro de la calidad de vida, como otros que pueden proteger a los individuos de un deterioro mayor. Dentro de estos factores encontramos la variable personalidad. (Friedman et al 2006).

Las investigaciones actuales han documentado que la personalidad tiene un efecto sobre la calidad de vida de las personas cuando éstas se ven enfrentadas a eventos estresantes, de este modo diferentes rasgos de personalidad influyen de manera distinta sobre la calidad de vida de la gente (Van Starten 2007). Por ejemplo, una investigación realizada con pacientes con VIH, de nacionalidad estadounidense e italiana, concluyó que aquellos sujetos de la muestra que tenían rasgos de neuroticismo tenían una mejor calidad de vida que aquellos con rasgos de extraversión (Burgess, et al. 2000). Un estudio realizado en Japón evaluó la influencia de los tipos de personalidad sobre la calidad de vida de personas enfermas de cáncer y comparó la diferencia entre los distintos tipos de personalidad; los resultados arrojaron una correlación positiva entre calidad de vida y el rasgo de extraversión y neuroticismo, en comparación con el rasgo de psicoticismo (Yamaoka et al. 1998).

De los dichos anteriores se puede concluir que las diferencias individuales de las personas con respecto a los rasgos de personalidad influyen sobre la calidad de vida de éstas. A esto se agrega que diferentes rasgos de personalidad influyen de

manera diferencial en la calidad de vida, y esta influencia puede en ocasiones favorecer al sujeto con una mejor calidad de vida y en otras ir en desmedro de ésta.

Optimismo y Calidad de Vida

Hay distintas concepciones de la calidad de vida. Algunos autores incluyen factores como personalidad, variables psicosociales, y variables demográficas como algunas de las determinantes en la calidad de vida. (Friedman et al 2006). Otros autores mencionan las variables anteriores y agregan el optimismo y la resiliencia como entidades importantes en el desarrollo de la calidad de vida (Gotay, Ransom & Pagano, 2007).

Otros investigadores se enfocan en la calidad de vida relacionada con salud fundamentada en la idea que la conducta de las personas está influenciada por sus creencias en dichas conductas y en el resultado que éstas puedan dar en cuanto al problema de salud. Las personas van a colaborar en el tratamiento de acuerdo a la certeza que tienen de obtener resultados positivos y esperados (Carver y Scheier, 1982; Scheier y Carver 1992 citados en Allison , Guichard & Gilain, 2000).

De acuerdo con Friedman la edad, el estado civil, la satisfacción con respecto a las redes de apoyo social y sobre todo la disposición al optimismo afectan directamente la calidad de vida relacionada a la salud. (Friedman et,al 2006). La calidad de vida relacionada a la salud juega un papel fundamental en la toma de decisiones con respecto a los tratamientos elegidos. Los pacientes han ido adquiriendo papeles más importantes en sus tratamientos pues están informándose

constantemente con respecto a su enfermedad y están conscientes de los efectos que puede tener el tratamiento en ellos (Cella, Hahn & Dinec, 2002).

Como se ha visto hay diversas dimensiones que conforman la calidad de vida en salud. A la hora de conceptualizarla se reconoce su carácter multidimensional lo cual dificulta la definición de los factores que la conforman. (Urzúa, 2000). Por ejemplo: Funcionamiento físico, funcionamiento social, funcionamiento psicológico, funcionamiento neuropsicológico, percepción del estado de salud, productividad, intimidad y funcionamiento sexual, trastornos del sueño, síntomas, espiritualidad y dolor (Naughton & Shumaker, como se citó en Urzúa, 2003).

En cuanto al optimismo, este es conocido como una orientación de vida, como un aspecto de la personalidad o bien como un determinante de la calidad de vida. Para otros el optimismo se define como la alta expectativa de que ocurran eventos positivos y no negativos a futuro (Scheier et al. 1985 citado en Fotiadou, Barlow, Powell & Langton, 2007).

Algunos autores han clasificado el optimismo y el pesimismo como la forma en que las personas explican los problemas. Por ejemplo, los optimistas suelen categorizar los mismos como temporales, externos y específicos en tanto que los pesimistas los categorizan como internos, persistentes y permanentes. (Buchanan & Seligman citados en Fotiadou et al. 2007).

Entendemos que un componente primordial en el ajuste al tratamiento y la enfermedad es el optimismo. (Fournier et al 2002 citado en Fotiadou et al. 2007) Ciertos

estudios encontraron que las personas optimistas responden con mejores estrategias de adaptación a los eventos estresantes (Friedman et al 1992). Las personas optimistas suelen reducir las fuentes de riesgo al enfrentar los problemas de salud, es decir son más precavidas y cuidadosas en cuanto a su enfermedad (Carver & Scheier 1985 citado en Fotiadou et al. 2007). El optimismo se ha relacionado al tratamiento y ha sido asociado con una mejor respuesta al mismo (Cohen, Moor & Amato, 2001). También hay estudios que han comparado la diferencia entre optimismo/pesimismo y calidad de vida; estos estudios han encontrado que los sujetos con una disposición al optimismo tienen una mejor calidad de vida que aquellos con disposición al pesimismo (Carver, 1993).

Muchos de los estudios revisados recalcan que si bien el optimismo tiene un efecto positivo en los pacientes puede existir un sesgo, ya que por definición las personas positivas tienden a ser más proclives a participar en los estudios (Taylor, 2000 citado en Cohen et al. 2001).

Optimismo y Calidad de vida en salud en pacientes con cáncer

El diagnóstico de cáncer es un evento fuerte que altera tanto la vida de las personas que lo padecen como de sus familiares y sus redes de apoyo. Sabemos que la calidad de vida de la salud en pacientes con cáncer se ve afectada poco después de haber sido diagnosticada la enfermedad. Esto por la gravedad del diagnóstico (Hwang 2003 citado en Kreitler et al 2007), la etapa de la enfermedad (Turner 2005 citado en Kreitler et al 2007), el tipo de tratamiento elegido (Bradley 2004 citado en Kreitler et al 2007), la

actividad física (Coruneya 1991 citado en Kreitler et al 2007), los síntomas depresivos (Inconomu 2004 citado en Kreitler et al 2007) y las creencias religiosas (Laubmeier 2004, citado en Kreitler et al. 2007). Al analizar la calidad de vida de la salud de pacientes con cáncer es importante enfocarse no solo en los estresores psicosociales sino también en la experiencia de la enfermedad, ya que muchas veces ésta puede generar mayor incomodidad que los estresores. Por otro lado, la calidad de vida relacionada a la salud del sujeto tiene especial significancia en los pacientes con cáncer. Se ha encontrado que pequeños avances en la calidad de vida relacionada a la salud son significativos para los pacientes que buscan algún indicador de respuesta del tratamiento (Cella et al. 2002). El estrés asociado con cáncer disminuye en el paciente con el paso del tiempo. Este puede intervenir directamente con la calidad de vida del sujeto, con el ajuste y la toma de decisiones (Massie y Holland, 1991 citados en DeMoor, et al. 2006).

A pesar de esto muchos pacientes han reportado tener una experiencia positiva como resultado del diagnóstico del cáncer. Tanto en la clínica como la investigación se han encontrado elementos positivos, como encontrar sentido a la vida, mayor espiritualidad, mejoramiento de las relaciones interpersonales, cambios en las prioridades de vida, mejor autoconocimiento, aprovechamiento de competencias, entre otros (Urcuyo, Boyers, Carvel & Antoni, 2005).

Los pacientes con una disposición al optimismo están más dispuestos a aceptar los cambios negativos que el tratamiento puede generar en su calidad de vida con tal de obtener mejoras en cuanto a la enfermedad a largo plazo (Cella et al 2002).

Con respecto a la calidad de vida en salud de los niños con cáncer se ve positivamente afectada cuando sus madres son optimistas en cuanto a la enfermedad que padecen. Ya que estos niños presentan menores niveles de estrés y mayor adaptación a los programas médicos (Fotiadou et al. 2007). Se ve que el optimismo es importante tanto en el sujeto como en las redes de apoyo que éste tiene. Por ejemplo, la actitud positiva ejerce un papel importante en los padres de niños con cáncer. Es así como las madres optimistas de niños con cáncer suelen ser más proactivas en las estrategias de adaptación y aceptación del diagnóstico de sus hijos, durante y después de la hospitalización de éstos (McIntosh, 2004 citado en Fotiadou et al. 2007). Otros estudios sugieren que mantener expectativas optimistas con respecto al tratamiento ayuda a los pacientes a lidiar con enfermedades terminales como el cáncer (Taylor, 2000 citado en Cohen et al. 2001).

La asociación existente entre una predisposición optimista y el ajuste psicológico en pacientes con cáncer de mama ha sido muy investigada, en general la predisposición optimista ha sido asociada con mejor resultado tanto físico como mental (Cohen et al. 2001). La confianza puesta en el tratamiento del cáncer por parte de los pacientes es consecuencia del optimismo de la persona (Gotay, 1984 citado en Carver, Smith, Antoni, Weiss & Derhagopian, 2005).

Dado que en la actualidad hay mucho acceso a la información, la mayoría de los pacientes son optimistas con respecto al tratamiento que eligen, creen que el mismo es la mejor opción. Estos pacientes creen que el tratamiento les va a quitar el cáncer o al menos disminuirá los efectos de este. Los pacientes optimistas tienen menos

síntomas depresivos al finalizar el tratamiento. (Cohen et al. 2001). En pacientes con cáncer de ovario, se ha reportado que existe una relación positiva entre optimismo y calidad de vida en salud durante la quimioterapia (DeMoor et al. 2006).

La actitud positiva no solamente ayuda durante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad sino también a lo largo de la vida. Se ha encontrado que el optimismo inicial predice el bienestar de la persona años después de la enfermedad (Helgeson et al. citado en Carver et al. 2005).

A partir de lo anterior, se puede concluir que las investigaciones que han estudiado las variables calidad de vida en salud y optimismo en pacientes con cáncer señalan que existe una correlación positiva entre ambas. Es decir, aquellos sujetos con cáncer que presentan una disposición al optimismo como rasgo constitutivo de su personalidad tienen una mejor calidad de vida en salud

Factores que median la relación entre optimismo y calidad de vida en salud en pacientes con cáncer

Los estudios muestran que la relación entre estas variables, en pacientes con cáncer, no es directa, sino que obedece a una relación de tipo indirecta que se encuentra mediada por otros factores. Los mecanismos que median la relación entre optimismo y calidad de vida en pacientes con cáncer se relacionan principalmente con las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos con una disposición al optimismo. Las cuales favorecen una mejor calidad de

vida al verse enfrentados con la enfermedad, y el ajuste al diagnóstico y al tratamiento del cáncer. En un estudio realizado con 165 mujeres diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama, se descubrió que la relación entre optimismo y calidad de vida se encontraba mediada por estrategias de afrontamiento caracterizadas por el “espíritu de lucha”. Esta característica hacía que las mujeres realizaran una mejor valoración del diagnóstico y del tratamiento y con ello una mejor motivación para continuar adelante (Schou, Ekember & Ruland, 2005). En contraste, las mujeres de la muestra con una disposición al pesimismo mostraron estrategias de afrontamiento caracterizadas por la “desesperanza” e “inutilidad”, y reportaron niveles de calidad de vida inferiores que el grupo de mujeres optimistas, tanto al momento del diagnóstico como durante el tratamiento (Schou et al. 2005). Esta relación entre optimismo y espíritu de lucha se corrobora en los resultados de un estudio realizado con 230 mujeres con cáncer de mama, donde aquellas que tenían una disposición al optimismo presentaban como estrategia de afrontamiento el “espíritu de lucha” (Urcuyo et al. 2005). En otra investigación realizada con 70 mujeres con cáncer de mama, quienes reportaron su disposición al optimismo o al pesimismo y posteriormente se comparó la calidad de vida entre ambas, al inicio de la enfermedad y 12 meses después. Las conclusiones que se extrajeron fueron similares a las del estudio anterior: aquellas mujeres con tendencia al optimismo mostraron mejores índices de calidad de vida que aquellas con una tendencia al pesimismo, lo cual se mantuvo a lo largo del tiempo. La relación entre estas variables, en este caso, estuvo mediada por el ajuste al diagnós-

tico y al tratamiento; en el caso de las mujeres con disposición al optimismo el ajuste fue mejor (Carver, Harris & Robinson, 1993).

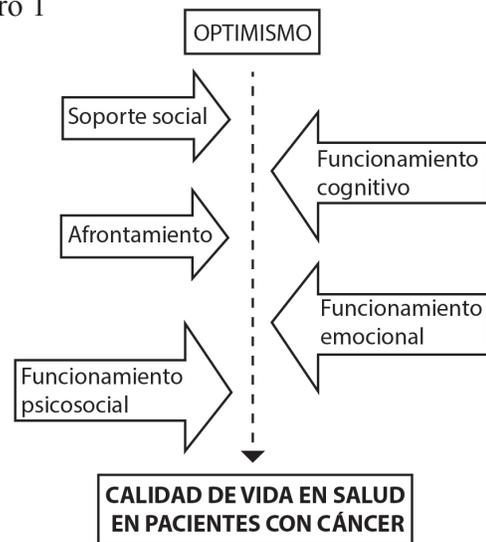
En otra investigación, se evaluó una muestra de 101 sujetos con cáncer al tracto aerodigestivo superior; el procedimiento fue el mismo que en los estudios anteriores, sin embargo, las conclusiones sugieren que la calidad de vida en salud de las personas con una disposición al optimismo estaba mediada por un mejor funcionamiento emocional, cognitivo y por una mejor tolerancia al dolor; lo cual favorecía una mejor calidad de vida antes y después del tratamiento (Allison, 2000).

Por otra parte, se sugiere que el mecanismo a través del cual el optimismo influye en la calidad de vida de la salud de las personas que sufren de cáncer, es que estos sujetos tienen un mejor soporte social y un mejor funcionamiento psicosocial. Estas conclusiones derivan de un estudio realizado con 81 mujeres con cáncer de mama, donde se compararon grupos con disposición al optimismo y pesimismo en relación con la calidad; además se agregaron las variables soporte social y funcionamiento psicosocial. Los resultados arrojaron que aquellas mujeres con tendencia al optimismo tenían mayor soporte social y un mejor funcionamiento psicosocial y que esto incidía positivamente en su calidad de vida. En contraste con las mujeres con disposición al pesimismo, quienes mostraron índices más bajos de funcionamiento psicosocial y de soporte social y un nivel de calidad de vida también inferior (Friedman et al. 2006).

A continuación, se muestra un cuadro

(Cuadro 1) donde se grafica la relación entre la disposición al optimismo y la calidad de vida en salud en pacientes con cáncer. También se muestran los factores que median esta relación.

Cuadro 1



Conclusiones

En base a la presente revisión se puede concluir que existe una relación positiva entre la disposición al optimismo y la calidad de vida en salud de los pacientes con cáncer. Esta relación es indirecta, es decir se encuentra mediada por diversos factores, dentro de los cuales se encuentran las estrategias de afrontamiento, las redes de apoyo, el funcionamiento psicosocial, emocional y cognitivo.

Por otra parte, la tendencia a una mejor calidad de vida en salud en personas con disposición al optimismo se mantiene estable en los distintos momentos de la enfermedad.

Las conclusiones de esta revisión se han extraído a partir de estudios que comparan la calidad de vida en grupos de sujetos con una disposición al optimismo versus grupos de sujetos

que carecen de esta disposición. Principalmente se ha hecho el contraste entre sujetos con tendencia al optimismo y sujetos con tendencia al pesimismo. Además, esta comparación se ha hecho en diferentes momentos de la enfermedad: al momento del diagnóstico y luego de que se ha iniciado el tratamiento.

Si bien existe evidencia de que existe una correlación positiva entre la disposición al optimismo y la calidad de vida de los pacientes con cáncer, existen algunos estudios que demuestran lo contrario. Por ejemplo, se ha sugerido que el exceso de optimismo en pacientes con cáncer puede ser generado por el optimismo de los médicos y la falta de información que manejan los pacientes sobre la enfermedad; lo cual ejerce un efecto negativo en los pacientes pues esto los aleja de la realidad, creando una ilusión de estar mejor de lo que realmente se está (Emmanuel, citado en Cohen et al. 2001). En un estudio experimental sobre la reacción ante el estrés se demostró que el optimismo está asociado con niveles altos de inmunidad cuando los estresores son esperanzadores, pero cuando éstos son desesperanzadores el optimismo hace que los niveles de inmunidad bajen y el sujeto tenga peor salud (Sieber, 1992 citado en Segerstrom, 2006). Si bien esto es cierto, este tipo de experimento no ha sido realizado en personas enfermas.

Algunas limitaciones que se encuentran en esta revisión es que no se han considerado variables de género, raza, edad, estatus socioeconómico. Por lo tanto no sabemos si la relación positiva entre la disposición al optimismo y calidad de vida en pacientes con cáncer se encuentra afectada al considerar las mismas. Por otro lado, un estudio reporta que los pacientes

con cáncer con disposición al optimismo son más proclives a participar en estudios de investigación, por lo tanto puede existir un sesgo en los estudios revisados.

Recomendaciones

En base a lo anterior se recomienda que, en las próximas revisiones se consideren estas variables como influyentes en la relación entre optimismo y calidad de vida en pacientes con cáncer.

Finalmente se aconseja que tras el diagnóstico de cáncer y a lo largo del tratamiento se desarrollen y/o potencien en el paciente las redes de apoyo, las competencias personales y ciertas estrategias de afrontamiento, con el fin de mejorar la calidad de vida durante el proceso de enfermedad. Si bien no se encontraron investigaciones donde se reportará el resultado de intervenciones psicológicas sobre la calidad de vida en salud de las personas que padecen de cáncer, se encontraron intervenciones específicas que apuntan al mejoramiento de una de las dimensiones de este concepto, el funcionamiento psicológico, como los niveles de depresión, autoestima, autoeficacia. Por ejemplo en una intervención cognitivo conductual dirigida al manejo del estrés de un grupo de 100 mujeres en las primeras etapas del cáncer de mama. Se observó una disminución de la prevalencia de depresión al potenciar el espíritu de lucha como estrategia de afrontamiento. (Antoni, et al. 2001). En una intervención similar se encontró que al realizar 4 sesiones enfocadas en darle sentido a la enfermedad los niveles de autoestima y autoeficacia aumentan. (Lee, Cohen, Edgar, Laizner & Gagnon, 2006) Ψ

Referencias

- Allison, P. J., Guichard, C. & Gilain, L. (2000). A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Quality of Life Research*, 9, 951-960. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1008931906253>
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Klibourn, K.M., Boyers, A.E., Culver, J.L., Alferi, S.M., Yount S.E., McGregor B.A., Arena, P.L., Harris, S.D., Price, A.A. & Carver S.C. (2001) Cognitive behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11199062>
- Burgess, A.P., Carretera, M., Elkington, A., Pasqual-Marcettin, E., Lobaccaro, C. & Catalán, J. (2000). The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. *Quality of Life research*, 9, 423-437. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11131935>
- Carver, C.S., Harris, S.D., Robinson, D.S. & Moffat, F.L. (1993). Optimism versus pessimism predicts quality of women's adjustment to early stages breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220.
- Carver, C.S., Smith, R.G., Antoni, M.H., Weiss, S., & Derhagopian, R.P., (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long term survivors of Breast cancer. *Health Psychology* 24, 508-516. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/155c/f/e85195019b4b0e579547254299b804c651.pdf>
- Cella, D., Hahn, E. & Dineen, K. (2002). Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: differences between improvement and worsening. *Quality of Life Research* 11, 207-221. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2002-13654-002>
- Cohen, L., Moor, C. & Amato, R. (2001). The association between treatment-specific optimism and depressive symptomatology in patients enrolled in a phase 1 cancer clinical trial. *American Cancer Society* 91, 1949-1955.
- DeMoor, J.S., DeMoor, C.A., Kudelka, A, Bevers, M.W. & Cohen, L. (2006) Optimism, distress, health-related quality of life and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 68, 555-562. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6918589_Optimism_Distress_Health-Related_Quality_of_Life_and_Change_in_Cancer_Antigen_125_Among_Patients_With_Ovarian_Cancer_Undergoing_Chemotherapy
- Fotiadou, M., Barlow J.H., Powell, L. A., & Langton, H. (2007) Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: and explanatory study. *Psycho-Oncology* 39, 190-198.
- Friedman, L.C., Kalidas, M., et al., (2006) Optimism, Social Support and Psychosocial Functioning Among Women

- with Breast Cancer. *Psycho-Oncology* 15, 595-603. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/285785608_Optimism_social_support_and_psychosocial_functioning_among_women_with_breast_cancer
- Gotay, C., Ransom, S. & Pagano, I. (2007). Quality of life in survivors of multiple primary cancers compared with cancer survivors controls. *American Cancer Society* 110, 2101-2109
- Kim, S., DeRoo, H. L., Meier, H., Parks, C., & Sandler. (2016). *Optimism and breast cancer risk: Results from a prospective cohort study*. American Association for cancer research.
- Kreitler, S., Peleg, D & Ehrenfeld, M. (2007) Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology* 329-341.
- Lee, V., Cohen S.R., Edgar, L, Laizner, A.M. & Gagnon, A.J. (2006) Meaning making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, self-efficacy. *Social Science and Medicine*, 62, 3133-3145.
- Low, C. A, Stanton, A. L, Danoff-Burg, S., (2006) Expressive Disclosure and Benefit Finding Among Breast Cancer Patients: Mechanisms for Positive Health Effects. *Health Psychology*, 25, 181-189. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2006-03515-006>
- Organización Mundial de la Salud (OMS 2004) *Programas nacionales de control del cáncer. Políticas y pautas para la gestión*. Organización Panamericana de Salud. Washington. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/OPS-Programas-Nacionales-Cancer-2004-Esp.pdf>
- Schou, I., Ekemberg., O & Ruland, C.M. (2005) The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology* 14, 718-727.
- Seegerstrom, S. C., (2006) How does optimism suppress immunity? evaluation of three affective pathways. *Health Psychology*, 25, 653-657.
- Urcuyo, K. R., Boyers, A.M., Carver, C.S. & Antoni, M. (2005). Finding benefits in breast cancer: relations with personality, coping and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175-192.
- Urzuá, A. (2003). *Calidad de Vida en Salud*. Universidad Católica del Norte. Chile.
- Van Starten, A., Cuijpers. P., Van Zuuren, Smits N, & Donker, M. (2007) Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. *Quality of Life Research* 16, 1-8 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6761206_Personality_traits_and_health-related_quality_of_life_in_patients_with_mood_and_anxiety_disorders
- Yamaoka, K., Shigehisa, T., Ogoshi, K. Haruyama, K., Wantanbe, M., Hayashi, F. & Hayashi, C. (1998). Health-related quality of life varies with personality types: a comparison among cancer patients, non-cancer patients and healthy individuals in Japanese population. *Quality of Life Research*, 7, 535-544.

Lineamientos a seguir para la redacción de artículos para Revista Psicólogos:

- El manuscrito debe estar acompañado de una carta en que se presente brevemente la naturaleza, valor académico y alcances del artículo y se declare que el manuscrito no ha sido sometido a ninguna otra publicación, y que los datos en el contenido no ha sido publicados previamente. Dicha carta debe ser firmada por el o los autores.
- Su extensión oscilará entre los 15,000 a 20,000 caracteres sin espacio, en letra Times New Roman a 12 puntos a doble espacio –reglón abierto-. Incluyendo las referencias, tablas, y gráficos. Con margen de 2.5 cm.
- Puede contar con uno o varios autores.
- En la primera página del documento se debe incluir: título del artículo, el nombre y grado académico del autor, vinculación institucional –si la hubiese-, referencia bibliográfica si requiere y el correo electrónico de los autores.
- El artículo deberá incluir un resumen y un abstract que no excedan las 120 palabras cada uno. Así mismo, el autor deberá incluir al final del resumen, 5 palabras clave. El resumen y el abstract, así como las palabras clave deberán incluirse en idioma español e inglés.
- Las ilustraciones y fotografías se entregarán en formato digital (TIFF o JPG) en alta resolución (300 DPI). Se debe indicar el sitio en que deben ir en el texto, las dimensiones, el número que les corresponde, el título y el texto del pie de imagen (si hubiera). Deberá adjuntarse el (los) permisos para la publicación de imágenes que no sean de la propiedad intelectual o patrimonial del autor.
- Al final del documento se debe incluir el listado de las referencias ordenado alfabéticamente siguiendo las normas internacionales de la APA y debe guardar una relación exacta con las citas que se presentan en el texto.
- Las citas, referencias, tablas y figuras seguirán el Manual de Estilos de la American Psychological Association (APA) en su quinta edición. (En español). Para mayor información ingrese a los siguiente links:
 - <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/information/authors>
 - http://web.me.com/nvaras/RePS/Normas_de_Publicaci%C3%B3n.html



**Próximas fechas
para la recepción de
artículos:**

**25^a edición
25 de octubre 2019**

Colegio de
Psicólogos
de Guatemala

