

Informe final de práctica profesional

Memorias de mi último trayecto en pregrado

Andrea López Ospina

Psicóloga practicante

Mónica María Palacio C.

Asesora

Psicóloga - Psicoanalista

Universidad Católica Popular del Risaralda

Programa de Psicología

Prácticas Profesionales

Pereira, Risaralda

2009

Informe final de práctica profesional

Memorias de mi último trayecto en pregrado

Centro de Atención Psicológica CAPSI

Período comprendido entre 20 de enero de 2009 al 10 de diciembre de 2009

Andrea López Ospina

Psicóloga practicante

Mónica María Palacio C.

Asesora

Psicóloga - Psicoanalista

Universidad Católica Popular del Risaralda

Programa de Psicología

Pereira, Risaralda

2009

Agradecimientos

A mi madre por posibilitar con su apoyo, mi llegada a este punto de formación profesional

*A mi asesora de práctica por su escucha incondicional y sus palabras, que siempre me
guiaron en momentos de dubitación y pregunta.*

*A mi jefe, Paula Andrea Restrepo, por su eterna calma y comprensión, siempre fue un oasis
en momentos turbulentos.*

*A mi compañero de trabajo, Sebastián Sánchez, por su amable ayuda en todo momento y
por su amistad incondicional.*

*A mi compañero de camino, Pablo, por haberme dado fuerza para continuar en momentos
que me faltó el aliento, por su amor incondicional y por su confianza en mi posibilidad de
lograr finalizar esta labor.*

Tabla de contenido

Lista de tablas	7
Lista de figuras	8
Lista de apéndices	9
1. Introducción	10
2. Presentación de la organización o sitio de práctica	13
3. Diagnóstico o identificación de necesidades	15
4. Ejes de intervención	17
<i>4.1 Eje Psicología clínica</i>	17
<i>4.2 Eje Psicología socioeducativa</i>	17
<i>4.3 Eje Psicología organizacional</i>	18
5. Justificación de los ejes de intervención	18
6. Marco teórico	20
<i>6.1. Psicología Clínica</i>	20
<i>6.1.1. Sobre el síntoma</i>	29
<i>6.1.2. Del psicoanálisis, un trabajo responsabilizante</i>	32
<i>6.1.3. Psicoanálisis con niños.</i>	35
<i>6.2. Psicología Socioeducativa</i>	41
<i>6.2.1. De la psicología socioeducativa</i>	41
<i>6.2.2. El psicoanálisis y lo social</i>	43
<i>6.3. Psicología Organizacional</i>	47
7. Propuesta de intervención	52
<i>7.1. Eje de intervención clínico</i>	52
<i>7.1.1. Evaluación psicológica</i>	52
• <i>Objetivos</i>	52
• <i>Estrategias de acción</i>	53
• <i>Procedimiento desarrollado</i>	53
• <i>Indicadores de logro</i>	53
• <i>Población</i>	54
• <i>Presentación de resultados</i>	54

- *Análisis de resultados* 56
- *Dificultades presentadas* 59
- 7.1.2. *Psicoterapia Individual* 59
 - *Objetivos* 59
 - *Estrategias de acción* 60
 - *Procedimiento desarrollado* 60
 - *Indicadores de logro* 61
 - *Población* 62
 - *Presentación de resultados* 62
 - *Análisis de resultados* 66
- 7.2. *Eje de Intervención psicología socioeducativa* 72
 - 7.2.1. *Proyectos Socioeducativos* 72
 - *Objetivos* 72
 - *Estrategias de acción* 73
 - *Procedimiento desarrollado* 73
 - *Indicadores de logro* 73
 - *Población* 74
 - *Presentación de resultados* 75
 - *Análisis de resultados* 77
 - *Dificultades presentadas* 77
 - 7.2.2. *Orientación profesional* 79
 - *Objetivos* 79
 - *Estrategias de acción* 79
 - *Procedimiento desarrollado* 79
 - *Indicadores de logro* 80
 - *Población* 80
 - *Presentación de resultados* 81
 - *Análisis de resultados* 81
 - *Dificultades presentadas* 82
- 7.3. *Eje de intervención psicología organizacional* 82

7.3.1. Selección de personal	82
• <i>Objetivos</i>	82
• <i>Estrategias de acción</i>	83
• <i>Procedimiento desarrollado</i>	83
• <i>Indicadores de logro</i>	84
• <i>Población</i>	84
• <i>Presentación de resultados</i>	84
• <i>Análisis de resultados</i>	85
• <i>Dificultades presentadas</i>	85
8. Conclusiones	86
9. Recomendaciones	88
10. Referencias bibliográficas	90
Apéndices	92

Lista de tablas

Tabla 1. Evaluaciones psicológicas	54
Tabla 2. Caracterización de la población por edad en las evaluaciones psicológicas	55
Tabla 3. Tipos de evaluación psicológica	55
Tabla 4. Psicoterapia Individual	62
Tabla 5. Caracterización de la población por género en la psicoterapia individual	63
Tabla 6. Caracterización de la población por edad en la psicoterapia individual	64
Tabla 7. Códigos aplicados a la psicoterapia individual según el DSM IV	65
Tabla 8. Presentación de resultados en la comunidad Matecaña	75
Tabla 9. Presentación de resultados en la comunidad Caracol - La Curva	76
Tabla 10. Orientaciones profesionales	81
Tabla 11. Selecciones de personal	84

Lista de Figuras

- Figura 1. Evaluaciones Psicológicas 54
- Figura 2. Caracterización de la población por edad en las evaluaciones psicológicas 55
- Figura 3. Tipos de evaluación psicológica 56
- Figura 4. Psicoterapia Individual 62
- Figura 5. Caracterización de la población por género en la psicoterapia individual 63
- Figura 6. Caracterización de la población por edad en la psicoterapia individual 64
- Figura 7. Códigos aplicados a la psicoterapia individual según el DSM IV 66
- Figura 8. Orientaciones profesionales 81
- Figura 9. Selecciones de personal 85

Lista de apéndices

Apéndice A. Cronograma 92

1. Introducción

La práctica profesional hace parte de los momentos finales de la formación como psicólogos y hace parte fundamental de las estrategias curriculares propuestas por la institución universitaria para la formación de profesionales capacitados y competentes para salir al mundo laboral.

Es un punto del transitar académico en el que la universidad se encargará de propiciar los espacios óptimos para la puesta en práctica -valga la redundancia- de todos aquellos conocimientos adquiridos en los períodos anteriores de formación. Este momento hará posible el fortalecimiento, gracias al ejercicio práctica, de todo aquel arsenal conceptual y teórico construido a lo largo del recorrer universitario. De igual manera, se torna momento fructífero para que el estudiante se confronte a sí mismo, y cuestione aquellas áreas del saber en las que, siendo de su interés, podría tener algunos “vacíos”, nuevos cuestionamientos o curiosidades intelectuales. En otras palabras, es momento propicio para posicionarse como el propio evaluador de las consolidaciones de conocimiento hechas en cuatro años de preparación profesional.

Es momento oportuno para discernir si el área de desempeño y el enfoque hasta ahora considerados como los “escogidos”, son realmente aquellos en los que, el practicante no sólo se siente mejor, sino en los que él mismo podría proyectarse obteniendo un adecuado y satisfactorio desempeño. Esto último, evaluando cuidadosamente las capacidades y habilidades con que se cuenta; y, más importante aún, teniendo en cuenta de manera activa la particularidad subjetiva, asunto que facilitará o dificultará el propio desempeño profesional.

Ahora bien, para hacer posible que el practicante se desempeñe de manera apropiada durante su período de práctica y para que pueda aprovechar al máximo la potencialidad de formación que supone este momento de formación, se hace importante que éste tenga claridad sobre: el lugar en el cual se estará desempeñando durante todo el año y

sobre todas las lógicas institucionales que entraña dicho lugar de práctica, “pistas” que circunscribirán su actuar y le darán pautas de sus posibilidades en el accionar diario; las áreas en las que habrá de desempeñarse; los elementos conceptuales y teóricos que sustentarán su actuar profesional; aquellos objetivos que él mismo considera pertinente trazarse, elemento que le indicará un norte en su quehacer práxico; las estrategias de acción necesarias para lograr dichos objetivos trazados; y finalmente, sobre la manera como sería posible evaluar al final de su práctica su desempeño general en todo aquello que el mismo ha *planeado*.

Es esa precisamente la razón del presente documento, la formalización escrita que le permitirá al practicante sistematizar y complementar su conocimiento acerca de lo que será su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Católica Popular del Risaralda en el período comprendido entre el 20 de enero de 2009 al 10 de diciembre de 2009 con un período inter-semestral de descanso del 30 de junio a 6 de julio. De igual manera el presente documento dará cuenta de estas claridades a quienes velan por el ejercicio práctico y teórico del estudiante.

Los ejes de intervención en los que se desempeña el CAPSI son la psicología clínica, la psicología socioeducativa y la psicología organizacional.¹

Otros de los objetivos del CAPSI-además del recién mencionado- es erigirse como un espacio para la formación de los estudiantes que finalizan su formación académica en el programa de psicología de la UCPR. Así, pone a disposición de los mismos, no solo los “elementos” necesarios para el desempeño en los asuntos ya mencionados, más propicia espacios para la reflexión, discusión y retroalimentación de los procesos y experiencias de práctica personales de los estudiantes.

Por lo hasta ahora abordado se hace clara la completud de los servicios prestados por el CAPSI y el gran impacto positivo que para la sociedad en general representa. Esto teniendo en cuenta que, no obstante es un espacio que no está vetado para estudiantes, personas de

¹ Sobre esto se hablará a profundidad en apartados posteriores del presente documento.

posibilidades económicas altas y organizaciones, está pensado principalmente precisamente para aquella población de bajos recursos a la que normalmente se le haría más dificultoso el acceso a este tipo de servicios y a los beneficios que estos representan.

2. Presentación de la organización o sitio de práctica

La Universidad Católica luego de un transcurso de funcionamiento de aproximadamente 20 años y de lograr realizar convenios con el sector productivo para que los estudiantes de los diferentes programas hicieran sus prácticas profesionales, vuelve la mirada hacia sí misma y concibe la fundación del CAPSI (Centro de atención psicológica) como un espacio para que los estudiantes de psicología de la Facultad de Ciencias Social, Humanas y de la Educación de la universidad pudieran realizar su práctica profesional. Así, se ha posicionado como el escenario central del programa de psicología en lo concerniente a la práctica clínica

De igual manera el CAPSI es pensado por el deseo de proyección social de la Universidad Católica Popular del Risaralda a las comunidades más vulnerables y menos favorecidas económicamente; y a la población infantil de la región, iniciando así sus actividades formalmente en febrero del 2001

Actualmente el CAPSI es una IPS (institución prestadora de servicios de salud) en el área de psicología, siendo así que abogue principalmente por la salud mental. El CAPSI presta sus servicios en las áreas de: psicología socioeducativa, poniendo a disposición de la comunidad la construcción e implementación de talleres intentando cubrir las necesidades detectadas en la población a trabajar; y psicología organizacional, llevando a cabo entonces procesos de selección de personal y orientación vocacional.

Ahora bien, no obstante el CAPSI presta sus servicios en éstas áreas – socioeducativo y organizacional-, el enfoque principal de su accionar es lo clínico, especialmente con la población infantil; respecto este último punto cabe mencionar la inclinación de esta IPS en la atención, análisis, estudio e investigación de la niñez.

Su misión es “responder a la comunidad con calidad, pertinencia y responsabilidad académica en el campo de la salud mental con servicios de atención, promoción y asesoría especializada en los campos de actuación clínico, educativo, organizacional y comunitaria”

Su visión propiciar transformaciones desde una perspectiva psicológica, en pro del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de la población de la región tanto a nivel individual, social como organizacional. Los servicios que presta son:

1. Servicios de evaluación

Para lo que hace uso de pruebas psicométricas y entrevista psicológica

Evaluación de inteligencia

Evaluación de personalidad

Evaluación del desarrollo infantil

Evaluación de habilidades, aptitudes e intereses

2. Valoración e intervención psicológica

Por medio de las diferentes modalidades de terapia con niños, niñas, adolescentes y adultos

3. Orientación profesional

Por medio de entrevistas semi-estructuradas, aplicación de pruebas de aptitudes e intereses y pruebas de personalidad

4. Selección de personal

En uso del perfil y el manual de funciones de cargo se realizan las preguntas pertinentes para indagar la idoneidad del sujeto a evaluar para el puesto al que aspira. La evaluación se completa con el uso de pruebas psicométricas y la construcción de ejercicios de simulación de la situación, o rol laboral en las situaciones que lo así lo requieran.

5. Programas de prevención y fomento de la salud mental

Esto por medio de los talleres educativos, acordes a las necesidades diagnosticadas en la comunidad específica con la que se vaya a trabajar.

Actualmente el CAPSI cuenta con 7 practicantes, 1 secretario, 3 docentes asesores y una directora

Marco referencial

3. Diagnóstico o identificación de necesidades

Dado que la Institución cuenta ya con unos presupuestos acerca de las necesidades a las que pretende responder y que de igual manera ha erigido los diferentes ejes de intervención en los cuales pretende desempeñarse, el presente punto corresponde a una referencia adaptada de dichas necesidades y ejes de intervención ya establecidos por el CAPSI. Las fuentes de información para dicha adaptación son: Un encuentro de tipo formal con la directora de la IPS; Documentos Portafolio de servicios y Plan operativo; planes de práctica de practicantes ya graduados

Así, las necesidades identificadas por el CAPSI atañen a tres ámbitos: necesidades a nivel individual, a nivel de comunidad y a nivel de organización. A estas necesidades pretende responder realizando una labor psicológica centrada, respectivamente, en el accionar clínico, socioeducativo y organizacional.

Otra de las necesidades identificadas por el CAPSI es la continuación del proceso de formación de los practicantes. A esta necesidad responde -además de dando la posibilidad para su ejercicio de finalización de carrera-, propiciando espacios para el estudio de casos clínicos, revisión de temas clínicos, jornadas de estudios clínicos y encuentros regionales de centros de atención psicológica.

Hace parte del accionar del CAPSI, y está pensando como parte de la práctica de los estudiantes, la participación en algunos de los programas y proyectos pensados en conjunto con otras instituciones -por convenios interinstitucionales- que tocan con los diferentes

ámbitos de clínica, socioeducativa y organizacional. Dichos programas y proyectos son los siguientes:

a) *Prevención de alteraciones en el desarrollo psicosocial en niños y niñas*

Servicio diferenciado de atención en salud, dirigido al grupo poblacional de 1 a 9 años por medio de actividades de evaluación del desarrollo, asesoría a grupos familiares y talleres psico-educativos para grupos familiares.

b) *Biblioteca Encantada*

Espacio pensado para el ejercicio de la imaginación, no solo para adquirir nuevos conocimientos sino para llegar a una reflexión sobre las emociones del niño a partir de las situaciones y vivencias narradas en el cuento de hadas, además de la posibilidad de mostrar un medio alternativo de expresarlas por medio de la lectura, el dibujo, la representación de cuentos y la palabra

c) *Evaluación, acompañamiento y asesoría psicopedagógica*

Programa pensado para apoyar los procesos en la población que lo requiera debido a necesidades educativas especiales o bajo rendimiento escolar. Esto pensado para ejecutarse por medio de evaluaciones psicológicas, adaptaciones curriculares, asesorías y capacitaciones a docentes e intervención psicopedagógica.

d) *Programas de orientación profesional y vocacional para jóvenes bachilleres*

Pensado para promover la realización y satisfacción personal de los individuos, a través de la elección consciente y reflexiva de alternativas profesionales y vocacionales que respondan a intereses y habilidades particulares.

e) *Servicio Amigable de Salud Mental para adolescentes*

Con el fin de atender la salud de jóvenes entre los 10 y 17 años de edad, se requiere la planeación de actividades que permitan educar y asesorar a la población en estilos de vida saludable, salud sexual, uso de SPA, violencia intrafamiliar, trastornos alimenticios, cambios conductuales y alteraciones en el desarrollo emocional.

f) Convenio programa de atención integral a la niñez (COMFAMILIAR 2003-2009)

Tiene como objetivo ofrecer espacios de formación, reflexión y actuación que permitan promover la convivencia pacífica, la participación democrática y el reconocimiento y valoración de la diversidad en niños, niñas y jóvenes, para fortalecer su posicionamiento como sujetos políticos.

4. Ejes de intervención

Esto ejes de intervención surgen como resultado de las necesidades abordadas en el punto anterior:

4.1. Eje Psicología clínica

Atención individual prestada a los sujetos que vienen a consultar por algún malestar particular o que acuden por remisión interinstitucional

- Entrevistas de evaluación y diagnóstico
- Procesos psicoterapéuticos
- Evaluaciones psicológicas

4.2. Eje Psicología socioeducativa

- Atención grupal, en convenio con COMFAMILIAR RISARALDA, de grupos de niños y adolescentes pertenecientes a comunidades diversas para las que se diseñan, ejecutan y reevalúan talleres y actividades con miras a trabajar el tema de “Formación en Derechos Humanos y Derechos de los niños, niñas y adolescentes como herramientas para la Socialización Política”
- Inicio, desarrollo y finalización de procesos de orientación vocacional y profesional, para la comunidad universitaria y la comunidad en general de la región.

4.3. Eje Psicología organizacional

Atención a personas que acuden remitidas por organizaciones, las cuales requieren de apoyo -del campo de lo psicológico aplicado a las organizaciones- al proceso de selección de personal posiblemente iniciado al interior de la misma organización. Este apoyo a la selección de personal en uso de entrevista psicológica y pruebas de evaluación psicométricas.

5. Justificación de los ejes de intervención

La justificación de los diferentes ejes de intervención en los que se realizó la práctica, confluyen en último término en una justificación por lo humano. Los ejes-razón-de-ser del CAPSI, y en los que presta sus servicios, son todos-sin importar la especificidad de su accionar- áreas que tocan con lo humano y que por ende indican un trabajar en pro del mejoramiento de la calidad de vida sea en el ámbito individual, a nivel de comunidad u organización.

Lo recién mencionado entraña per se, la justificación más que válida de la existencia del CAPSI, el trabajar por y para lo netamente humano; esto porque, si al servicio de algo habrán de estar las producciones intelectuales, avances tecnológicos y trabajos humanos, habrán de ser al servicio de lo humano mismo.

No obstante deben existir diferentes lugares donde de igual manera se ofrecen servicios de atención psicológica ya sea clínica, psicoeducativa u organizacional, el CAPSI se posiciona como *uno de los centros de asistencia psicológica más importantes del departamento* precisamente por la amplia gama de servicios que en conjunto presta- abarcando tres grandes ramas de la psicología, con diversos enfoques en el campo de la clínica-. Y más importante aún, por la intención de proyección social a las comunidades y poblaciones menos favorecidas; esto último da cuenta del gran aporte que desde esta institución se hace al mejoramiento de la salud mental y la calidad de vida de la población

de la región ya que permite un más fácil acceso a servicios que suelen ser, en ocasiones, impensables para estas poblaciones.

Ahora bien, refiriéndonos uno a uno respectivamente podríamos decir que, la justificación de existencia del eje clínico, socioeducativo y organizacional radica en que:

Se tiene en cuenta que de entre la población general habrá sujetos que, de acuerdo a su particularidad subjetiva, podrían presentar en algún momento de su vida un malestar, una queja que quizá querrán resolver. Es para y por esto que se erige éste eje de intervención en *psicología clínica*, como espacio para la evaluación, diagnóstico e intervención de aquello de sintomático que el sujeto “viene a poner sobre la mesa”; esto, con miras a un mejoramiento respecto de dicho padecimiento.

Respecto al eje socieducativo, que entraña tanto los asuntos concernientes a la psicología social y a la orientación profesional habrá por decir lo siguiente:

Se reconoce la importancia de aportar desde la *psicología social* elementos de conocimiento que den cuenta de las diferentes dinámicas de los grupos, posibilitando así el desarrollo de diferentes estrategias de acción que velen por la transformación de aquellos fenómenos que pudieran estar resultando perjudiciales para la sociedad. Así, fenómenos de violencia y dificultades en la convivencia en general; desconocimiento de los propios derechos como niño, adolescente o simplemente como ser humano (Elementos a trabajar este año con la comunidad). Fenómenos todos que en conjunto, se erigen como puntos álgidos a los cuales, los campos del conocimiento de lo humano, habrán de estar atentos; esto con miras al bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra sociedad actual.

Se reconoce la importancia de brindar a la comunidad la posibilidad de contar con un apoyo psicológico que acompañe y guíe en cierta medida con los aportes de la disciplina misma y de los diferentes instrumentos psicométricos, la elección de una carrera profesional a cursar. Esto con miras a lograr una mayor probabilidad de adecuación y logro de éxito al

cursar dicha carrera, teniendo en cuenta los rasgos de personalidad, los elementos que motivan y movilizan al sujeto y finalmente sus capacidades generales.

Se reconoce la importancia de poner a disposición de las organizaciones de la región, servicios que apoyen la inserción de nuevo personal a sus instalaciones con una mirada de lo psicológico. Esto, en tanto la adecuación de las características personales de cada sujeto a las demandas del puesto de trabajo, le aportarán elementos de sostenimiento y satisfacción personal al trabajador e influirá positivamente en la productividad y éxito de la empresa. Siendo así una ganancia doble la que se obtiene de tener en cuenta la mirada de la evaluación psicológica para el proceso de selección de personal.

6. Marco teórico

6.1. Psicología Clínica

De la clínica psicoanalítica. Las posibilidades de la clínica psicoanalítica podrían pensarse pocas en la época actual. Esto en tanto que, ésta toma como insumo para su trabajo y para lograr sus objetivos, la emergencia de preguntas, de cuestionamientos que hagan tambalear lo constituido hasta el momento por el sujeto como su 'verdad'; la renuncia de alguna manera a la utopía pretenciosa de suponer la existencia como una que ha de tener en sus pasajes solo tramos de felicidad y júbilo completo.

Es entonces, retomando, nuestra época una atiborrada de certezas, que corre tras éstas certezas en el campo de las ciencias, de las religiones e incluso en el campo de la psicología –si se me permite el desliz-, almacenando, como en alacenas, un 'itinerario ordenado' de respuestas claras y generalizables a las preguntas humanas sobre la vida, la muerte y otros asuntos del todo enigmáticos para el hombre.

Es esta una época que pretende -como es evidente- obturar la pregunta por medio de satisfacciones pasajeras del lado del consumo y del logro del éxito como paradigma de felicidad, siendo así que la pretensión del hombre promedio no sea preguntarse por los

avatares de su existencia más acallarlos, ignorarlos, amalgamarse con ellos, intentar cumplir con el ideal de éxito que le promete su tan anhelada felicidad.

Es en este orden de ideas su humanidad, su subjetividad, su último punto en la lista de asuntos a ocuparse. Tachadas, disminuidas así las posibilidades de abordaje del mundo interior, se convierte en un gran reto para el psicólogo de orientación psicoanalítica el apostar por un enfoque que supone la búsqueda y el encuentro de una verdad no pretendida por el sujeto, incluso al momento de llegar a la consulta.

Ahora bien, en cuanto al proceder de la clínica psicoanalítica se ha de decir que ésta proporciona el “espacio” solicito para que el sujeto en su decir, en su discurrir, diga lo que es, lo que actúa, pero que desconoce, que no comprende. Esto con miras a que emerja el sujeto del inconsciente, que haga presencia esa subjetividad olvidada y que ha de ser escuchada para la comprensión de lo sintomático y de lo que resulta ‘problemático’ para el sujeto al momento de acudir a consulta.

Así, la escucha de aquel que procede desde esta posición no es la escucha al sujeto del consciente que habla, sino precisamente la escucha de aquello con lo que el sujeto tropieza en su discurso: la falla, la equivocación. Esto, además de la escucha de lo que desde otras miradas es dejado de lado: el contenido de los sueños y los chistes, formaciones del inconsciente –al igual que el lapsus- que nos hablan precisamente del ámbito del que se ocupa el psicoanálisis: el inconsciente.

Esto último en tanto que, para el psicoanálisis aquel que es el hombre, la persona – por decirlo de alguna manera-, no es aquel reconocido por la psicología: ‘el yo’ máscara engañosa, más precisamente lo que se encuentra tras esa fachada, que habla y actúa a expensas incluso de lo sintomático -asunto del que se tratará en apartados posteriores-. Será ésta, tarea del trabajo psicoanalítico, echar por tierra todo esto construido por el sujeto para dejar al descubierto lo que tras bambalinas nunca dejó de existir: su Otra escena, su estructuración subjetiva, su manera particular de gozar, la peculiaridad de su deseo.

Ahora bien, precisamente por verse implicado lo que el sujeto *es* en aquello de lo que el sujeto de lo consciente se queja, no es tarea del psicólogo, -o en este caso del psicólogo con orientación psicoanalítica²- arreglar, hacer desaparecer aquello que en últimas solo está a la espera de ser reconocido por aquel que lo “porta sin llevarlo”, sino precisamente realizar las intervenciones pertinentes para que se vaya realizando ese reconocimiento, ese comenzar a “llevar” lo que antes solo “portándose” se desconocía como propio, como existente y como móvil de mucho de lo que acontece en lo fenoménico.

De igual manera, por ser el sujeto el único constituido en su subjetividad, no es papel del psicólogo decir lo que el sujeto es, lo que debe hacer, cómo debe proceder, hacer juicios de valor, sino precisamente permitir que ese sujeto se diga y se reconozca en su propio discurrir y es que además... ¿Cómo habría otro de hablar sobre algo de lo que no sabe? ¿De aquello que precisamente se intenta hacer salir a la luz por el uso del silencio, de una simple indicación? Reducir el abánico significativo para llegar al ‘meollo’ del asunto, no ampliarlo con intervenciones innecesarias, diríamos en unas pocas palabras.

Así, algunas posibilidades de intervención del psicólogo en el trabajo clínico, refieren responder a esa demanda que formula el paciente con una pregunta o con un silencio, respuestas que indican una dirección de la cura, “...es dirigir el proceso de la palabra, encausarlo, para posibilitar la instalación de la transferencia” (Solano, E. 1993 p.47).

Es este último punto - el uso del silencio, de la pregunta-, uno de los muchos que confrontan y generan en repetidas ocasiones angustia al profesional que ha sido formado precisamente con miras a proporcionarle bienestar al paciente por medio de respuestas, de ponerle a disposición posibilidades de resolución de sus problemas, de huirle a los silencios con ‘preguntas oportunas’ que le den paso al ‘curso fluido del encuentro’.

² De ahora en adelante cuando se refiera al psicólogo se estará refiriendo -por cuestiones de pertinencia al momento de formación académica y de proceso personal en el que se encuentra quien escribe- al psicólogo con enfoque psicoanalítico

Uno recuerda *‘Hay que tener habilidades terapéuticas, tener la pregunta oportuna al momento que el paciente termine de responder la pregunta justamente anterior’* ¿Qué hacer entonces cuando la lógica es totalmente diferente? ¿Opuesta? Quizá una posibilidad de ‘salida’ a estas incógnitas, sea el comprender realmente la lógica del método, de estas particularidades de la intervención psicoanalítica, no solo por la vía de la indagación teórica sino precisamente experimentándolo en el propio proceso psicoanalítico la necesidad de resistir, de no ceder.

Quizá también preguntarse qué es eso en uno -como sujeto más que como psicólogo- que le genera determinada sensación ante el silencio del otro, ante la negativa de éste a responder una pregunta. Preguntarse quizá ¿Es este un espacio para mi paciente o para mí y para mis demandas? ¿Qué se juega en mi demanda de que el otro hable?

Se hace claro con el transcurso del ejercicio clínico, que el advenimiento del sujeto del inconsciente requiere de su tiempo, del tiempo lógico del sujeto en el uno por uno; por lo tanto contar con la presión por medio de la pregunta, de la indagación incisiva, de la interpretación apresurada como herramienta o presupuesto para el ejercicio clínico no es una posibilidad desde esta perspectiva, ‘indispone’ el camino de aquel que puede surgir de las profundidades.

Son entonces este tipo de intervenciones –los silencios, las preguntas- las que propicien la aparición para el paciente de su dimensión subjetiva que hasta ese momento parecía venir desde el exterior; es decir, que se haga posible una subjetivación de la queja, la cual supone un desplazamiento de ésta hacia un cuestionamiento sobre su sentido, paso esencial para el trabajo psicoanalítico –punto que se profundizará más adelante-.

Ahora bien, el sujeto, al contrario de lo que podría pensarse desde otras disciplinas, presenta una complicidad defensiva con el desconocimiento de sí mismo como una resistencia que se instala como una resistencia a saber, dirá Oscar Espinosa (2006).

El hecho de que un sujeto acuda a consulta no implica *per se* un deseo de saber sobre su padecer, más se configura como una queja en la que no hay una implicación del sujeto en la propia problemática. Es allí donde el psicólogo habrá de evitar responder y posibilitar al contrario la división, generar el quebrantamiento de la certeza, de la naturaleza de la queja para que surja una demanda y una pregunta.

¿El sujeto deposita o no su queja? Y... sino ¿Qué hace con ella? ¿Busca a alguien que atestigüe su dolor?; ¿En qué medida está el psicólogo incluido en la demanda en tanto puede encarnar la respuesta a tal pregunta? ó ¿El sujeto deposita su queja a ese Otro-psicólogo como si fuera qué? ¿Un abogado, su consolador? ¿Qué?; ¿En qué medida el síntoma del sujeto implica una pregunta de su parte, una suposición de sentido? ¿Hay una implicación del sujeto en su enunciación?; ¿La demanda está dirigida al psicólogo, al proceso clínico?; ¿Hay pregunta? ¿A quién se dirige? son preguntas que el psicólogo se hace al escuchar al paciente puesto que, le darán pistas de las posibilidades de trabajo con ese sujeto en particular y su posición y expectativa al momento de acudir al psicólogo.

Se hace importante estar atentos e intentar dilucidar si de parte del sujeto hacia el psicólogo se presenta una demanda de reparación o si se presenta un depósito de saber.

La primera se refiere a aquella demanda en la que, quien acude privilegia su síntoma sin asumir una parte de sí en aquella queja que enuncia. Así, el sujeto simplemente deposita en el psicólogo lo que constituye su sufrimiento y espera que éste le proporcione un alivio, siendo así que esta queja entonces no implique un mensaje y así el sujeto no reconozca allí, ni siquiera en forma de pregunta, su propia enunciación más allá del enunciado que produce.

La segunda atañe a aquella situación en la que prácticamente no hay una formulación de queja por parte del paciente puesto que, éste supone el saber como enteramente remitido al Otro. Así, presentarse ante el psicólogo es suficiente y lo único que espera el sujeto es que el psicólogo le resuelva sus problemas, problemas que no reconoce como propios, razón por la que el síntoma se torna para el sujeto como sin

sentido. Ahora bien, cabe aclarar que la *transferencia de saber* se hace importante inicialmente como un paso para que se haga posible la transferencia, más esto es diferente de un depósito de saber, punto que sin embargo no se ahondará por razones de pertinencia al presente escrito.

Así, el psicólogo con orientación psicoanalítica no debe responder a este tipo de demandas, más posibilitar una devolución hacia el propio sujeto de sus preguntas; es decir, ir desplazando ese saber puesto en el psicólogo, hacia el sujeto; propiciar el pasar de un “no tengo nada que ver” a un irse implicando en la propia enunciación.

En últimas, el trabajo del psicólogo ha de dirigirse inicialmente a que se produzca en el sujeto un deseo de saber, una división que le haga concebir una pregunta y por ende su punto de partida hacia las profundidades de su ser. Esta pregunta será el síntoma para el psicoanálisis, puesto que representa algo que antaño, no fue tramitado y por ende ahora resurge para ser despejado.

Daniele Silvestre (1998) al respecto afirma *“Es preciso reunir las condiciones para que el analizante se ponga a trabajar, a producir cierto saber (...) Debe aceptar la regla fundamental y percatarse de que sabe más de lo que dice...”*

Este asunto del surgimiento de una pregunta, de una rectificación subjetiva, podrá hacer presencia a condición de que el psicólogo no responda, puesto que de lo contrario se podría dar un cierre a las posibilidades de emergencia de la pregunta.

Así, se hace clara la importancia de la posición que asume el psicólogo en el proceso para que se dé, digamos, este punto de quiebre, punto en el que se da una rectificación subjetiva, momento tan importante para el trabajo del inconsciente.

¿A quién le estoy respondiendo? ¿Al yo o al sujeto? ¿Qué respuesta estoy dando?, ¿Qué estoy confirmando?, ¿Qué estoy causando?, ¿Qué estoy avalando? Son preguntas que el psicólogo también deberá hacerse como puntos esenciales en la dirección de la cura.

Si, por ejemplo, el psicólogo respondiera al yo, se estaría moviendo en un ámbito imaginario, quizá cayendo en el error de confirmar una identidad del orden de lo Ideal; en últimas haciendo de soporte de las idealizaciones del paciente y haciendo corto circuito en el sentido. Ahora bien, si por el contrario, el analista sabe a qué apunta, a quien le responde-al sujeto- tendrá en cuenta la dimensión de lo real, y se posicionará como agente suspensor de la significación, cerrando así el sentido.

Responder inadecuadamente puede suponer conformar al sujeto con su significación yoica “...con la significación en la cual está inmersa su pequeña realidad, la significación que hace de principio de realidad...” por el contrario “...suspender las certezas del sujeto lo conduce necesariamente a hacer la prueba de su falta en ser y de hacer la prueba de la posibilidad de encontrarse con el ‘x` enigmático de su síntoma”. (Silvestre, D.1998 p.50)

Ahora bien, esta posición del psicólogo, digamos el lograr ser neutral, el tener una escucha que no se fija, que no predetermina ni sesga por una tensión de la atención la escucha de inconsciente a inconsciente, solo es posible por el compromiso personal de cada analista con el conocimiento de su propio inconsciente, en últimas con su propio proceso de análisis, punto impostergable para todo aquel que desea desempeñarse como psicólogo con orientación psicoanalítica. Al respecto Freud (1912. p.27) afirma:

Ahora bien, si el médico ha de estar en condiciones de servirse así de su inconsciente como instrumento del análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica. No puede tolerar resistencias ningunas que aparten de su conciencia lo que su inconsciente ha discernido; de lo contrario, introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consciente. Para ello no basta que sea un hombre más o menos normal; es lícito exigirle, más bien, que se halla sometido a una purificación psicoanalítica, y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le

ofrece. No se puede dudar razonablemente del efecto descalificador de tales fallas propias; es que cualquier represión no solucionada en el médico corresponde, según una certera expresión de W. Stekel [1911.a, pág.532], a un «punto ciego» en su percepción analítica.

Es este pasar por el dispositivo analítico una condición ética con la que debe cumplir el psicólogo de orientación psicoanalítica. Esto puesto que, sólo quien ha pasado por una experiencia del inconsciente sabe de su existencia y así tiene un claro punto de referencia para el direccionamiento de este transitar por el ámbito del inconsciente de alguien más. Este conocimiento de sí mismo permitirá de igual manera un avizoramiento constante por parte del analista de las propias problemáticas con miras a ser capaz de diferenciarlas de las de su paciente. También este proceso de análisis personal le proporciona los elementos necesarios para posicionarse como objeto causa de deseo del saber, cuestión que será esencial para la emergencia del inconsciente del analizante.

Un agregado importante a mencionar es que el pasar por un proceso de análisis personal permite al analista o psicólogo en formación darse cuenta de los alcances reales de la teoría; es decir, solo en la medida de la experimentación personal del inconsciente, se comprende a profundidad y honestamente lo que en facto en algún momento solo fue teoría. Esto podría pensarse ha de tener una influencia directa en el quehacer del profesional, puesto que le proporciona los elementos suficientes para sentirse realmente seguro y confiado de la pertinencia y funcionalidad de lo que ha escogido creer es la manera de abordar el sujeto.

De esta manera -en continuidad con lo que se viene abordando- se ha de decir que, uno de los puntos que hace de la clínica psicoanalítica diferente respecto de otros ámbitos que se las ven con la salud mental, es el que no se torna esencial el dictamen inmediato de un diagnóstico, más que lo que realmente se hace importante, es la puesta en juego del paciente en la tarea analizante.

Con todo lo que se ha venido trabajando, se hace claro que asumir un proceso clínico con orientación psicoanalítica, le supone al sujeto emprender un trabajo arduo y un compromiso tenaz consigo mismo, un camino hacia la responsabilización de las propias problemáticas, una implicación personal en la propia sintomatología, una renuncia a ese algo del goce que hace presencia en el padecer; esto último, por medio de una apuesta personal a la significación de aquello que se ha hecho vía independiente en la vida del sujeto para manifestarse y satisfacerse vía el síntoma. Dirá Margarita Mesa (2006):

Es de esto de lo que el sujeto es responsable; de la decisión de un deseo inconsciente, lo cual implica responsabilidad tanto de sus actos, como de sus palabras, de sus síntomas, de su fantasma, de la culpa y del goce. De nuestra posición de sujetos somos responsables

Así, el proceso de desvelamiento del inconsciente irá dando las pautas para conocer cuál es la posición del sujeto del inconsciente con respecto al goce, al deseo y a la castración y poder ir, no reestructurando aquello que ya está estructurado, más posibilitar un cambio de posición del sujeto respecto a su forma de padecer.

El emprender la travesía hacia el conocimiento del inconsciente, implica un transitar desde el sentido construido, desde la parafernalia significante, hacia el límite con lo real, donde *es* el sujeto en aquel significante primero que lo dice. Es comenzar a ir deconstruyendo todos aquellos sentidos que el sujeto ha construido y enfrentarlo con otro mundo de sentido, el sentido del inconsciente que habla, que habla en aquello que el sujeto del consciente se desconoce, en los sueños, en los chistes, en los actos fallidos.

Es allí donde ha de estar la escucha del analista, en aquellas irrupciones en el discurso de elementos concernientes al ámbito de lo inconsciente. Así, esta clínica está a la espera, está atenta al surgimiento de aquellas formaciones que dan cuenta del sujeto del inconsciente; esto, puesto que tiene claro que es precisamente ese sujeto el que nos puede decir algo de aquello que le pasa al paciente, y no aquella otra construcción imaginaria de la que se ocupan otras disciplinas.

6.1.1. *Sobre el síntoma.* El sentido que cobra el síntoma desde la teoría psicoanalítica dista diametralmente del que le es dado desde otros campos como el médico o los diferentes ámbitos psicoterapéuticos.

El síntoma del psicoanálisis o el síntoma analítico, es aquel que solo puede atrapar al analista por medio de la escucha, escuchar lo que en sí tiene ese síntoma para decir. Esto en tanto, el síntoma entraña un mensaje inconsciente desconocido, no claro ni aprehensible para el sujeto que lo padece fuera del dispositivo analítico. Y no solo no sabe nada de él, sino que no quiere saber nada sobre él, puesto que el síntoma en sí concierne a aquellos elementos alguna vez reprimidos y que hacen presencia y se satisfacen precisamente, vía el síntoma.

Para explicar esto último³ se ha de afirmar que, el síntoma está en relación con un período olvidado de la infancia y en relación directa con algún ámbito de satisfacción de aquella época. Dada la imposibilidad de dicha satisfacción directa una vez adviene la represión para el período de la adultez, se hace entonces necesaria la satisfacción velada de aquello, vía el síntoma. En ese sentido, no obstante el síntoma se trasluce como lo que hace sufrir y de lo que se queja el sujeto, por cierta suerte de desfiguración, el síntoma realmente es una vía de satisfacción.

Así, tanto el síntoma, como otras formaciones del inconsciente -como los sueños, los lapsus, los actos fallidos y los chistes-, toman el estatuto de jeroglíficos que precisan de un desciframiento por medio del análisis.

Y para que este desciframiento se haga posible se hace entonces necesario hacer pasar, lo que es actuado en el síntoma, al registro de lo simbólico; esto último a partir del uso de la palabra por parte del paciente, en tanto el material de los síntomas -y de todas las

³ Esta explicación se hará de forma somera dado el objetivo particular en el abordaje de este concepto y que se evidenciará en el desarrollo de este apartado.

formaciones del inconsciente arriba mencionadas- tienen como material para su formación, el lenguaje. Al respecto Schejtman, F (2004) afirma “...los síntomas...están estructurados como un lenguaje, porque el inconsciente mismo lo está a su vez” (Schejtman, F. 2004 p.62)

En este orden de ideas, para captar el mensaje que entraña el síntoma, el psicoanálisis se sirve de su dispositivo doble: La asociación libre, realizada por el paciente, en la cual aquel tendrá presente como regla fundamental, el hablar de todo lo que se le ocurra sin importar lo estúpidas o innecesarias que le parezcan las ideas que acuden a su mente; y la atención flotante, puesta en marcha por parte del analista, en la cual este escuchará evitando fijar su atención en un punto determinado del discurso del paciente.⁴

Lo que permitirá la puesta en marcha de esta dupla, es precisamente alterar, modificar el síntoma, posibilitándole que tome la forma de un lenguaje que comunica algo más allá de lo evidente. Así, lejos de intentar o querer extirpar el síntoma –modo característico de operar los diferentes abordajes terapéuticos o psicoterapias- el psicoanálisis a lo que le apuesta es a darle un lugar, por medio de la escucha, al mensaje que entraña el síntoma que demanda ser escuchado.

Cabe indicar que a pesar de esta diferencia que recién se hace con las diferentes psicoterapias existentes, el psicoanálisis logra en el dispositivo analítico generar algunos efectos terapéuticos; sin embargo, no es este punto la meta primera del abordaje psicoanalítico: el proporcionarle alivio al sujeto doliente, más, precisamente lograr dar lugar a una transformación subjetiva de quien acude al consultorio. Posibilitar una comprensión del síntoma en tanto que, a pesar que el sujeto se queja de ese síntoma -razón por la que acude al consultorio-, con dicho síntoma también el sujeto goza, en el síntoma algo se satisface, lo que nos indica también una de las razones por las cuales al sujeto le cuesta tanto renunciar a él, a su síntoma.

⁴ Cabe aclarar que por cuestiones de pertinencia no se ahondará en estos dos conceptos psicoanalíticos: asociación libre y atención flotante.

Ahora bien, el síntoma puede pasar por tres momentos; en otras palabras, de acuerdo a la naturaleza del síntoma, éste puede “encarnar” 3 tipos de estatutos.

El *primer estatuto* indica el momento en el que el síntoma no resulta problemático para aquel que lo porta, se presenta una adecuación del yo con el síntoma mismo, indiferenciándose éste último del carácter mismo del sujeto.

Es el momento de la neurosis adormecida en el que el sujeto va por el mundo como un “portador asintomático”. Es en este punto de “feliz adormecimiento” en el que se encuentra el hombre promedio. Dirá Schejtman, F. (2004. p.64) que aquí lo que prima es la política de la avestruz que dicta “*Mejor no saber, no hacerse demasiadas preguntas y convivir con el síntoma sin que éste, en verdad, devenga propiamente algo sintomático*”.

En este sentido podríamos decir que el síntoma constituye más una solución que un problema y que comporta una ganancia para la economía libidinal del sujeto. En este punto no se hace posible comenzar un análisis propiamente dicho, puesto que para ello se hace necesario contar con un sujeto que sufre, es decir un sujeto para el cual aquella solución de compromiso configurada en el síntoma, fracasa.

El *segundo estatuto* indica precisamente ese momento en el que dicha solución de compromiso deja de funcionar, se quiebra, desencadenándose así la neurosis; esto lo que indica es que se ha comenzado a dar un padecimiento del síntoma. En este punto el síntoma comienza a ser un estorbo para el sujeto, quien desea quitarse dicho síntoma de encima.

Este movimiento es necesario y esencial para que se haga posible el inicio de una demanda de análisis en tanto “...*La apertura de su dimensión sufriente [del síntoma] es necesaria para que alguien dirija una demanda a otro, eventualmente a un psicoanalista*” (Schejtman, F. 2004 p.68)

Ahora bien para que se haga posible el comienzo de un análisis como tal, el síntoma ha de llegar al *tercer estatuto* en el que el sujeto comienza a dejar de ser trabajado por su

inconsciente –lo que se corresponde directamente con lo que se refirió acerca del “estado natural” del sujeto, en el que se presenta una complicidad y adecuación del sujeto con su síntoma-.

Así en este punto, el síntoma comienza a entregar al sujeto - en su condición de trabajador con respecto al síntoma y no trabajado por éste-lo que de mensaje entrañaba; es posible comenzar a descifrarlo, se vuelve analizable.

Esto es entonces lo que hace posible que el síntoma sea capturado por el dispositivo analítico y comience a pasar de registros más de lo imaginario y lo real (propio de los dos anteriores estatutos correspondientemente) a un registro del orden de lo simbólico. Será el analizante mismo quien comience a escuchar el mensaje que le viene de la otra escena hasta ahora desconocida, la escena de lo inconsciente.

Cabe en este momento entonces dar cuenta de cómo la operación del síntoma es ambigua, tiene dos sentidos, uno subjetivo y uno objetivo.

El síntoma se opera con miras a modificarlo en el trabajo realizado durante un proceso psicoanalítico. Pero también que hay un operación propia del síntoma.

Este último punto lo que indica es que se opera con el síntoma; es decir, el síntoma como una herramienta, una herramienta a través de la cual el inconsciente habla, se comunica, se hace oír. En este orden de ideas se dirá que el psicoanálisis no solamente opera *sobre* el síntoma- intentar transformarlo- sino que también opera *con* el síntoma.

6.1.2. *Del psicoanálisis, un trabajo responsabilizante.*

Quererse ocultar algo a sí mismo equivale a cerrarse las puertas del mundo. P.6

Espinoza, O.

El pensar que se requiere en el trabajo psicoanalítico “...no es reflexionar sobre un objeto dado por el pasado sino construir, a partir de ese objeto, un nuevo objeto de reflexión”

(Espinoza, O. 2006 p.4) siendo para ello necesario un cuestionamiento de lo previamente establecido.

Es a este trabajo precisamente que muchas personas no están dispuestas a someterse, siendo que nunca generen preguntas sobre el propio padecimiento más que simplemente se presenten al consultorio con el fin de depositar la responsabilidad del trabajo en el psicólogo.

En tanto el psicólogo de enfoque psicoanalítico no debe responder a la demanda del paciente, es de esperarse que estos sujetos que no asumen la responsabilidad personal del trabajo y la implicación personal en la problemática que traen a consulta, deserten fácilmente del espacio psicoterapéutico.

El sujeto tiende a tener una confabulación con su propio padecer, al respecto Oscar Espinoza (2006 p.5) afirma “...*hay una resistencia que enfrentar...la complicidad defensiva y activa del sujeto con el desconocimiento de sí mismo...fuerza que se opone al conocimiento...*”

El trabajo que supone el pensar psicoanalítico precisa un desmonte de la estructura del desconocimiento -estructura que es inconsciente- y más aún, precisa vencer la resistencia del desconocimiento a ser conocimiento. Dicha desarticulación de la estructura defensiva contra el conocimiento resulta trabajosa en tanto amenaza, pone en cuestión todo lo construido hasta el momento por el sujeto, sus prejuicios, sus obsesiones, sus fobias, sus preferencias etc.

Es así que el acceso a dicho conocimiento requiere de un trabajo y no es una suerte de revelación repentina. Este trabajo del pensamiento “...*se da dentro de un proceso dramático con fuerzas reales en presencia...*” (Espinoza, O 2006 p.5)

Ahora bien, el conocimiento que proporciona el pensamiento supuesto en el trabajo psicoanalítico, no remite a la constatación de una realidad, más el acceso a una verdad, la verdad del sujeto. Será este conocimiento el que posibilite transformaciones del mundo y

del sujeto, mundo como algo experimentado por el sujeto y no como dato de la percepción de la conciencia.

No se puede generar dicha transformación si se reafirma la ilusión del paciente, si se le sigue abriendo el abanico de significantes, el sentido, su ilusión y fantasía construida. Será necesario el efecto contrario, un cerramiento del abanico significativo, un cerramiento del sentido al punto que pueda – quizá- surgir la pregunta, así “...*la escucha analítica es posibilitar que la palabra advenga, la palabra verdadera...*” (FAVRE, A. 2008)

Es así que, lo que van a encontrar los pacientes al acudir al consultorio sea una negativa por parte del psicólogo a dar constataciones sobre las fantasías, sobre las ilusiones que no son más que resistencias al conocimiento. Lo que encuentre será intervenciones - incluso encarnada en el silencio- que enfrenten al sujeto con su verdad, con esa verdad que posibilitará un cambio en su relación con el mundo y consigo mismo.

El conocimiento que se encuentra por este camino supone un producto que solo supone un beneficio en cuanto al propio conocimiento, en últimas, el conocimiento como un fin en sí mismo. El psicoanálisis no pretende hacer del hombre uno funcional, exitoso, adaptarlo a las demandas del medio, más enfrentarlo con lo que se encuentra tras el fantasma.

El psicoanálisis cree en la posibilidad de un hombre que, accediendo al conocimiento de su sujeto desconocido -el sujeto del inconsciente-, pueda hacerse cargo de su modo particular de relacionarse con el mundo y consigo mismo, y reconstruirlo a partir de su trabajo en el proceso de análisis.

En ningún momento se exime al sujeto de la responsabilidad de poner en marcha sus poderes humanos –el discurrir en la palabra- y armarse de coraje para encarar la situación particular de su estructura y de la manera de relacionarse consigo mismo y con el mundo. De igual manera no lo eximen de la necesidad de confiar en las propias capacidades para alcanzar el logro de los propios fines, la solución personal a las propias problemáticas.

Este trabajo con miras al autoconocimiento, le supone al sujeto, re-significar el mundo, a los otros y a sí mismo. En cuanto va en vía de la diferenciación, de la responsabilización de las propias problemáticas, va en vía contraria a todo totalitarismo del conocimiento y por ende, a poner el conocimiento de lo personal en un Otro psicólogo, un otro terapeuta, en Otro amo del saber En otras palabras, y como dirá Espinoza, O (2006):

El pensamiento...es una subversión de ese supuesto ideológico...Freud nos enseña que para pensar tenemos que preguntar por lo que ya está contestado, poner en cuestión el saber constituido y las definiciones codificadas, revelar la teoría invisible que subyace en toda evidencia dada, desmontar la ideología que impide la pregunta

El pensar psicoanalítico supone refutar, deconstruir para poder reconstruir, proceso todo que supone trabajar pero...este mundo pareciera estar al servicio del adormecimiento, estar poseído por el miedo a la libertad de reorganizar el mundo subjetivo; a la libertad que puede significar el conocimiento de ese otro ámbito indiscutible, el ámbito del inconsciente.

Desatarse de lo convencional cuesta, en tanto es más fácil estar subyugado, sujeto a un decir de otro, a un padecer personal, antes que apostar por un retorno hacia las profundidades subjetivas y generar el cambio, la transformación que realmente muchas veces no se busca cuando se va a un consultorio psicoterapéutico. Hay que vencer el miedo, la sumisión a lo establecido para poder acceder al conocimiento del inconsciente, porque de lo contrario dichas ideas lúcidas siempre habrán de estrellarse con las resistencias internas del que quiere crear y reconstruir.

6.1.3. *Psicoanálisis con niños*. Ahora bien, en cuanto al psicoanálisis con niños y las posibilidades de llevarlo a cabo es un hecho en tanto “En el análisis con niños está presente el problema de la dimensión simbólica, del discurso, del significante...” (Izaguirre, M.A. 1994 p.21); es decir, más que niños, éstos pequeños son sujetos y por ser tales, se debe

seguir planteando la práctica desde la teoría y desde la ética del psicoanálisis, tomando cada nueva situación de análisis como única, sin tener como referente técnicas y especializaciones generalizables.

Es más, se sorprende uno a sí mismo en el acto de la subestimación de estos ‘pequeños seres’, para luego quedar atónito ante la capacidad de producción de discurso con la que cuentan, asunto que hace presencia en el transcurso de las sesiones, ya sea partir de sus dibujos, de sus juegos o, en efecto, en el cara a cara sin la necesidad de recurso alguno –juguetes, lápices etc-.

Es evidente entonces que su tamaño y el momento de la vida en la que se encuentran, no les imposibilita o desvaloriza sus posibilidades de expresión, porque sin importar como lo comuniquen, cuentan con un mundo interno en construcción, que tiene sus movimientos y sus palabras a enunciar. En últimas, el niño como sujeto del inconsciente pleno de derechos para hacer un análisis.

Maria Antonieta Izaguirre afirma que la centralización de algunos post-freudianos- como Ana Freud y Melanie Klein- es en la técnica, tornando el asunto de la clínica con niños en una suerte de especialización que pareciera suponer unas habilidades especiales por desarrollar, más que una pregunta sobre el deseo como analista; es decir, la realización de la práctica con niños como una decisión que toma el analista en su análisis y no producto de una especialización. Es así, que en este manejo particular de tratar “*Puntos cruciales tales como la transferencia, la posición del analista, el niño como analizante, quedan ocultos por el manto de la técnica y se olvida la teoría y la reflexión sobre el niño como sujeto*” [La negrita es mía](Izaguirre, M.A. 1994 p.13)

Esta postura asumida por algunos representantes post-freudianos, que teniendo en cuenta prejuicios y consideraciones a priori acerca de que el niño no ha alcanzado aún algunas etapas de la organización infantil, se autorizan el suponer saber conducirse con ese “objeto”, siendo claramente un discurso del orden dominante, contraviniendo la lógica

supuesta al analista en un trabajo de análisis, fallando en su posición y en su acto, entrando en el discurso del amo.

Lo que se esperaría es que, a pesar de que el paciente sea un niño, el analista centre *“...el lugar del trabajo analítico al único sujeto que entra en cuestión en la experiencia, que es ese sujeto de la experiencia, como sujeto dividido...porque ese sujeto...es el resultado de una pura combinatoria en la lógica del significante”* (Solano, E. 1993 p. 38); es decir, será tarea del analista no postularse y conducirse como aquel que posee el saber, sino ocupar el lugar del semblante de objeto causa del deseo de saber y el niño como sujeto que va a hacer trabajar su división.

Ahora bien, la demanda de análisis de los padres para el niño, el incluir ese llamado a un tercero-el analista- da cuenta de una renuncia de su parte de la toma de ese, su hijo, como objeto de goce y dar la apertura para que éste-el niño- devenga sujeto y busque por sí mismo la verdad de su deseo.

Cabe señalar que esta demanda de los padres también podría constituirse como una dificultad para el proceso clínico del niño en tanto, una vez éstos entregan su hijo al psicólogo como diciendo “Mire, ahí le dejo a mi hijo, mire a ver qué hace usted y yo le pago”, esperan una respuesta y una resolución de acuerdo a su pedido, respuesta que si no se da podría traer como consecuencia la retirada del menor de su proceso clínico.

Por ello se hace importante escuchar a los padres previamente al inicio del proceso con el niño, ubicar la demanda que de parte de ellos hay con respecto a su hijo y el lugar que éste ocupa en ellos. Esto en tanto el mantenimiento del paciente en consulta no solo depende de la transferencia con éste –el niño-, más de la transferencia establecida con los padres en aquellos primeros encuentros, establecimiento esencial para que estos mantengan a su hijo en el dispositivo y no lo retiren como se mencionó anteriormente.

En últimas es la aceptación de un proceso de “desapego” del niño con respecto a ellos. Esto venido de los padres como marca de amor puesto que, como cita Anny Cordie

de Lacan del seminario XI p.247 *“El amor (...) no puede plantearse sino en ese más allá donde, primero, el renuncia a su objeto”* (Cordie, A. 1995 pág. 38)

Una vez tenemos al niño en nuestra consulta nos preguntaremos ¿Qué función tiene ese síntoma que el niño podría presentar?

En aquellos momentos donde el niño se puede encontrar con una discontinuidad, o un elemento heterogéneo, donde no se puede reconocer más, no sabe ni dónde, ni cómo situarse, el síntoma viene a representar ese momento de su experiencia. Al respecto Lacadée Ph. (1995 p.29) afirma *“El síntoma aparece como respuesta del sujeto en una función de defensa. El vuelve pues al sujeto a responder por una intención que acepta o rechaza y su posición es impredecible e incalculable”*

El síntoma como una respuesta ante lo irrepresentable de la relación sexual de los padres. Esto en tanto *“...la sexualidad de estructura es siempre traumatizante”* puesto que *“No hay relación sexual”*-punto que no se ahondará por cuestiones de pertinencia. Así, la relación sexual entre los padres para el niño, es algo que no puede traducir en términos significantes porque aquellos de estructura faltan.

También la curiosidad sexual viene a constituir un intento de respuesta ante eso irrepresentable.

Una vez ha operado la metáfora del Nombre del Padre, se produce para el niño -en el lugar de la pregunta por el Deseo de la Madre -, un despeje de ese enigma que le representaba ese último-el Deseo de la Madre-. Así, habiendo irrumpido ese tercer elemento en la triada niño-madre-falo, se hace posible que el niño inscriba la relación del padre y de la madre y *“...poder producir una primera escritura de la pareja familiar”* (Lacadée, P. 1995 p. 30).

Es allí donde se articula el síntoma del niño como una respuesta a ese x enigmático de la madre, como una representación de la verdad de la pareja familiar. Ésta última tiene

“una estructura de ficción racionalizando lo imposible de donde ella proviene” (Lacadée, P. 1995 p. 30) en tanto esa “pareja” hombre-mujer-por la ausencia de los significantes anteriormente referidos- no puede inscribirse toda.

Ahora bien, el que la pareja Hombre-Mujer no pueda inscribirse toda en la pareja familiar, hace que haya una función de residuo; éste residuo como aquello que no logra inscribirse en esa pareja, eso que escapa a la circunscripción signifiante y que queda en el campo de lo real. Así, esta función de residuo es una función lógica del objeto (a) como real y que viene a enfrentarse precisamente con aquella construcción, con aquella ficción de “la” relación Hombre-Mujer imposible. Esta ficción, sin embargo, es necesaria y lógica para que el niño tenga un lugar en el cual “...alojar su ínefable y estúpida existencia...”. (Lacadée, P. 1995 p. 31)

La ficción marca y enmascara para cada miembro de la pareja y para el niño a su “verdadero compañero...el objeto (a)” (Lacadée, P. 1995 p. 31). Será entonces precisamente este residuo el que el niño enfrentará y al cual intentará significar y dar un sentido.

Ahora bien, la interpretación que de este real se da en el discurso familiar es diferente a la interpretación que puede hacer el niño dada en su respuesta o en su síntoma.

A la pregunta del sujeto, la *novela familiar* constituirá en él mismo la respuesta del real...Es un verdadero poema épico, dirá Freud, y Lacan hablará más bien de ímito particular del sujeto, como tentativa de dar forma épica a la estructura...Esta novela familiar toma para cada sujeto una función de defensa contra el objeto primordial, contra lo que no tiene nombre. Porque es incierto, el sujeto tiene la carga de articular ahí una respuesta, hacia una versión, sea eso al precio de un síntoma como medio de suplirlo...(Lacadée, P. 1995 p. 32)

Ahora bien, una de las particularidades de la clínica con niños es la importancia que se le da al contar con la autorización de los padres para llevar a cabo un proceso analítico sin importar las condiciones en las que se pueda gestar el inicio de este.

Este consentimiento de los padres le indica al niño que ese síntoma es suyo, le pertenece y que está autorizado a abandonarlo sin sentirse culpable por poner en peligro el equilibrio familiar o a algunos de sus miembros.

Esto en tanto “...al desatarse el síntoma en la experiencia analítica,...hay incidencias en la estructuración de goce y en la economía del goce de la familia” (Solano, E. 1993 p. 45); es decir, en las entrevistas iniciales con los padres es importante medir las posibilidades y los riesgos del trabajo del psicólogo con el niño. Si no hay un consentimiento parental para llevar a cabo el proceso clínico es porque quizá no hay un reconocimiento de aquel síntoma como causa de desequilibrio y de malestar, más que se ha constituido como sostén desconocido de la estructura familiar, equilibrio que se vería amenazado si se previera un cambio provocado por el proceso clínico con su hijo, con su síntoma, con su sostén. Así, si se inicia un proceso sin dicho consentimiento, se arriesga el mantenimiento del niño en el dispositivo en tanto sus padres pueden interrumpir las consultas.

De igual manera, la autorización de los padres para llevar a cabo un proceso clínico con un niño es indispensable en tanto implica directamente la disposición del niño para la construcción de su verdad.

Algunas de las consecuencias de romper con esta regla es que el niño sienta que está traicionando a sus padres por “*estar hablando a sus espaldas*” (Cordie, A. 1995 p. 39); que los padres sientan que no se los quiere escuchar. Así, se puede observar fantasías de raptó “*se le ha cogido a su niño, con qué derecho?*” (Cordie, A. 1995 p. 39). Incluso en ocasiones pueden irrumpir violentamente en el proceso clínico o cambiar al niño de institución como se ha mencionado anteriormente.

Es importante determinar en la entrevista con los padres qué es lo que piden, puesto que muchas veces aquello que demandan no es realmente lo que desean; es decir, si lo que piden es lo que realmente quieren en tanto “...*la dimensión del deseo no se subsume a la dimensión de la demanda*” (Solano, E. 1993 p. 43)

De igual manera dilucidar si la demanda que hacen los padres es una demanda que el niño toma a cargo o no; es decir, indagar qué es lo que está en juego allí en ese supuesto síntoma que ellos presentan del lado del niño.

Entrevistarse con los padres posibilita una idea del lugar que ocupa el niño en la subjetividad de los padres, puesto que el discurso de los padres permite una primera ubicación del lugar que ocupa el niño en la estructura familiar.

Algunos puntos importantes a intentar responderse gracias a ese encuentro con los padres son ¿La queja de ese padre implica una suposición de saber o no? ¿Esa queja en el decir de los padres es un síntoma en ellos? ¿Cuál es la posición de goce de los padres respecto a esa queja? ¿Nos traen una queja para reconciliarse con ese goce, desculpabilizándose? ó ¿Verdaderamente lo que nos traen es queja, porque quieren sacarse eso de encima con su correlato de goce, haciendo verdaderamente una apuesta al psicoanálisis?

6.2. *Psicología Socioeducativa*

6.2.1. *De la psicología socioeducativa.* La psicología social tiene como objetivo generar procesos de transformación en los grupos y comunidades menos favorecidos en pro de un mejoramiento de la calidad de vida y del bienestar humano. Ahora bien, lo que se pregunta la psicología educativa es cómo aprende, cómo se comporta un sujeto humano en un contexto de educación formal con el objetivo de favorecer y potenciar el desarrollo general del alumno. Para ello, estudia el comportamiento humano, sus modificaciones, regularidades ocasionadas en procesos de enseñanza-aprendizaje formal.

Así, la intervención pretendida desde la psicología socioeducativa es propiciar transformaciones de fenómenos problemáticos en el ámbito de lo social haciendo uso de postulados educativos para diseñar, desarrollar e implementar proyectos que haciendo uso de las estrategias adecuadas potencialice la probabilidad de aprendizaje por parte del sujeto de elementos de conocimiento que se intentan transmitir y que ayudarán a generar un mejoramiento de fenómenos problemáticos a nivel social.

Ahora bien, la forma en que se condujo los talleres, los encuentros con los grupos, supone privilegiar el lugar de la palabra de los participantes por sobre la del conductor del taller. Dirá Guillermo Gutierrez (2002) citando a Humberto Maturana que el elemento primordial para la construcción colectiva será el lenguaje a través del cual *“...se crean coordinaciones consensuales que nos permiten convivir en la organización social”*

Así, los productos de las reflexiones de los participantes fueron en el desarrollo de los encuentros; estas reflexiones y el rumbo que tomen podrían modificar los planes que se tenían inicialmente para trabajar, ya sea en cuanto al tema, o en cuanto al punto al que se pretendía llegar. Esto no será algo que deba impedir quien conduce el taller puesto que, aunque hay unos conocimientos que se pretenden abordar, será la dinámica del grupo y sus intereses particulares los que realmente guíen el desarrollo de los encuentros.

La construcción de conocimiento que alrededor del tema propuesto por el psicólogo se hizo, dependió de la acción participativa de los asistentes al taller. Este intercambio de experiencias particulares entre facilitador, participantes y entre ellos mismos propició la retroalimentación y la movilización de reflexiones en otros, enriqueciendo la dinámica reflexiva; será esta construcción colectiva la que permita conocer, construir y reflexionar las problemáticas sociales y las posibilidades de solución a la misma.

Es a esta metodología de direccionamiento de los encuentros que privilegia la palabra y la reflexión de los participantes, a la que se conoce como taller reflexivo y la que se implementó en las intervenciones psicoeducativas.

La implementación de talleres desde una perspectiva ética, crítica y analítica, que trasciende la empiria. Esta última supone la aplicación repetida de métodos que han sido supuestos como “exitosos” sin tener en cuenta la diversidad y constitución particular de cada nuevo grupo; el que cada grupo tenga unas condiciones y características particulares excluye *per se* la posibilidad de conducirse de igual manera con un grupo como con otro.

6.2.2. *El psicoanálisis y lo social.*

“Tras las causas confesadas de nuestros actos están sin duda las causas secretas que no confesamos, pero tras éstas hay todavía muchas otras más secretas que ni conocemos.

La mayoría de nuestras acciones cotidianas son efecto de motivos ocultos, que escapan a nuestro conocimiento”

Freud, S (1921)

Los fenómenos sociales que se abordan desde la psicología social, aun cuando son subsumidos bajo la rúbrica “social” tienen que ver también con lo individual, por lo que se autoriza una opinión psicoanalítica sobre la psicología de las masas, sobre lo social. Ahora bien, se dice que aquellos fenómenos sociales tienen que ver con lo individual en tanto que lo social implica los diferentes tipos de vínculos que han sido establecidos por el sujeto en su vida con el otro.

En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo (FREUD,S. 1921 p.67)

Dirá Freud entonces que el objeto de indagación de la psicología de las masas es la influencia que es ejercida sobre el individuo por un gran número de personas con quienes se relaciona por algo, siendo así que aquí el sujeto sea asumido como el miembro de un pueblo, institución, multitud organizada en forma de masa durante determinado tiempo y con cierto objetivo.

Freud habla de la pulsión social (*herd instinct, group mind*) como aquella que comienza a formarse en círculos sociales como la familia y que le permiten al sujeto, al entrar a formar parte de la masa en determinado momento, suprimir represiones de sus mociones pulsionales inconscientes, haciendo que “nuevas” exteriorizaciones aparezcan, más siendo éstas los contenidos inconscientes que entrañan toda la maldad humana.

Así, una vez han sido levantadas las represiones y una vez han emergido determinados contenidos inconscientes que guiarán al sujeto, la masa se torna impulsiva, voluble, excitable, obediente a impulsos imperiosos de diferente índole tales como crueles, nobles, heroicos, cobardes; sus integrantes pierden el interés de autoconservación, se les presenta una voluntad poco perseverante, quieren satisfacción inmediata de sus apetencias, abrigan sentimientos de omnipotencia, es influenciable, crédula, acrítica; se desvanece las instancias racionales que miden su acuerdo con la realidad, cuenta con sentimientos simples y exaltados por lo que no duda, más tiene conciencia de su gran fuerza; requiere de amos a quienes se someten y temen; se torna conservadora y veneradora de la tradición, haciéndola sentir aversión por los cambios o progresos.

Precisamente por ser guiada la masa por lo inconsciente, por lo no dicho y desconocido por el mismo sujeto, se hace importante propiciar en los talleres un espacio para el discurrir en la palabra, de aquellos sujetos que forman parte de esa “masa” que es la comunidad. Así, exteriorizando sentires y pensares respecto de temas diversos que tocan con la subjetividad personal, se podría generar un reconocimiento de algo que

hasta el momento se tornaba extraño y externo al sujeto mismo, permitiéndoles repensar nuevas maneras de hacer y de posicionarse frente al mismo tema discutido.

Ahora bien, teniendo en cuenta el punto particular que toca Freud en su caracterización de la masa acerca de la influenciabilidad, credulidad y acriticismo de ésta, pensaríamos que el ejercicio de la palabra podría permitirle a los asistentes al taller precisamente reflexionar, posicionarse activa y críticamente ante aquellas circunstancias antes las cuales antes, los sujetos se posicionaban de manera pasiva haciéndolos seres manipulables y abúlicos, como efecto de una suerte de enajenación no cuestionada.

Así, el espacio del taller en el que se trata con grupos, podríamos decir, con pequeñas masas, posibilitaría una transformación no sólo a nivel grupal, sino un cuestionamiento personal, un posible pequeño efecto de diferenciación del sujeto frente a la masa y sus procederes.

Así dirá Freud que el trabajo a realizar con la masa, la tarea consistiría en:

...procurar a la masa las mismas propiedades que eran características del individuo y se le borraron por la formación de la masa. En efecto, el individuo poseía-fuera de la masa primitiva- su continuidad, su conciencia de sí, sus tradiciones y sus usos, su trabajo e inserción particulares, y se mantenía separado de otros con quienes rivalizaba. Esta especificidad es la que había perdido por un tiempo a raíz de su ingreso en la masa no organizada” (FREUD, S. 1921)

El discurrir en la palabra les permitirá a los integrantes de una masa un efecto de individualización; es decir, el reflexionar y el poner en juego su posición y discurrir actuante en el mundo, les inicia en un trayecto de desalienación de los discursos a los cuales están sujetos. Les supone una renuncia a la estúpidez y una apuesta por nuevos grados de lucidez. Al respecto dirá Michelle Foucault “*La habrá alcanzado su*

madurez (deviendra majeure) no cuando ya no tenga que obedecer, sino cuando se le diga (a los hombres) 'obedezcan', y podrán razonar tanto como quieran`” (Foucault, M. p.5).

El no pensar, el no hablar supone un estar dominados y sometidos; se requiere el uso de la palabra y la reflexión para posibilitar efectos de separación.

Al igual que en la clínica psicoanalítica que le supone un saber al sujeto sobre su propio padecimiento, en lo social también se le supondrá a los sujetos un saber sobre aquellos fenómenos que los aquejan socialmente. Así en cuanto al trabajo con grupos a realizar

Podríamos decir que los participantes son `los expertos` en sus asuntos cotidianos...El coordinador es, primordialmente, un facilitador del propio proceso de reordenamiento de los saberes de los asistentes mismos, un facilitador de la `sistematización` que el grupo hace de sus saberes (Gutierrez, G. 2002. p. 313)

Será a partir de este saber que se comiencen a producir como resultado de la reflexión conjunta planteamientos, ideas, definiciones, conceptos, propuestas, preguntas e inquietudes que generen un cambio de posición frente a las dificultades sociales y posibilidades de estrategias de transformación social. Al igual que estos espacios grupales de reflexión se prestan para la transformación social, también se prestan para la generación de reflexiones y conclusiones sobre la propia subjetividad, ya que el taller se constituye como espacio personal para cada participante; es decir, el taller reflexivo como una opción para la comprensión individual y grupal.

El objetivo del taller reflexivo será entonces “... *llevar a la palabra` aquello que, dentro o fuera del taller, el grupo actúa sin comprender. Se trata de llevar a la palabra lo sintomático*” (Gutierrez, G. 2002. p. 19); esto, incluso en aquellas actividades que supongan el uso de técnicas centradas en la acción como el sociodrama o el teatro; es

decir, el objetivo final de estas actividades es poner en palabras aquello que se ha representado. Esto puesto que “...*el taller reflexivo es un dispositivo de palabra*” (Gutierrez, G. 2002. p. 19).

Esta ética de llevar a la palabra será lo que haga posible procesos de transformación social y de apropiación de sí mismos, por el cambio de posición del sujeto frente a aquello que inicialmente suponía como ajeno de su propia experiencia; esto en tanto que la palabra ayuda a esclarecer, a tomar conciencia de los participantes de sus propios saberes no sabidos y a que no se siga reproduciendo lo que produce sufrimiento y malestar social e individual. En últimas, generan un paso de un actuar los conflictos sin esclarecerlos, a un actuarlos a través de las palabras para esclarecerlas.

6.3. Psicología Organizacional

El objetivo primero de cada organización es garantizar la eficiencia y productividad en sus procesos; para ello se hace de vital importancia la existencia de un orden interno que garantice el alcance de dichos objetivos. Es allí donde se hace útil la psicología organizacional ya que el funcionamiento ordenado de una organización no depende solamente del elemento técnico-estructural, más principalmente del elemento humano que hace uso de aquellos recursos.

Es el material humano el principio y fin de todo proceso y por ende, de toda organización, siendo así que la psicología organizacional sea la que venga al rescate del análisis de lo humano por sobre lo técnico en las organizaciones.

La psicología organizacional trata de la aplicación de postulados de la psicología al interior de las organizaciones, estudiando el comportamiento humano en los diferentes ambientes de trabajo y velando por lo humano; es decir, estando atento a todas aquellas condiciones de trabajo que influyen tanto en el bienestar y calidad de vida del sujeto, como

en su desempeño en las labores diarias a realizar. Es así que la psicología organizacional aporta tanto a lo humano, como a las posibilidades de éxito de la empresa.

Esto último en tanto, hay una repercusión directa entre el trabajo del empleado y la productividad y eficacia en lo laboral. La conducta de los empleados influye directamente en la productividad de la organización, por lo que se hace necesario darle una mirada atenta al factor humano; esto preverá un adecuado funcionamiento y articulación empleado-empresa.

Ignorar el recurso humano en los medios laborales es de alguna manera condenar a la organización a sufrir “...malestares e ineficiencias crónicas, con cuantiosas pérdidas de dinero y de energía” (RODRIGUEZ, M. 1999. p.13). Las instituciones-laborales en este caso- determinan la forma en que el sujeto se conduce, más de igual manera los empleados influyen y modifican el funcionamiento de las instituciones.

Según Rodriguez. M (1999. p.18) algunas de las necesidades cubiertas por la psicología son los procesos de comunicación y sus obstáculos; la motivación para el trabajo y para la colaboración; la reeducación de las actitudes individualistas, destructivas o no productivas; la clarificación de valores; el desarrollo de la autoestima; la integración de equipos de trabajo; las relaciones de liderazgo, de colaboración y de sumisión; la resistencia al cambio; *la selección de personal* entre otros.

La selección de personal-como tema que nos atañe- es aquel proceso de adquisición de recursos humanos para una empresa. La selección como la aplicación de “...uno o más métodos con el fin de evaluar a los individuos y decidir sobre la posibilidad de integrarlos a ella [La empresa], concretamente para realizar determinados tareas” (Furnham, A. 2001 p.99)

Este subproceso de atracción de personal a la organización implica varios ciclos de trabajo, sin embargo en el presente escrito solo explicaremos aquellos que podrían tocar con nuestro quehacer en la práctica profesional, aunque se mencionarán todos:

- a) La existencia de una *vacante* que es puesto de trabajo que se encuentra desocupado
- b) La *requisición de personal* que es aquel documento por medio del cual se formaliza desde un área determinada de la organización, la solicitud del cubrimiento de la vacante.
- c) La existencia o elaboración de un *perfil del puesto* en el que se hacen claras las funciones que ha de realizar quien vaya a ocupar la vacante, los objetivos y resultados que debe alcanzar y generar; las condiciones de trabajo, los medios por los cuales se evalúa dicho desempeño del empleado; los procesos y procedimientos de trabajo en que interviene el puesto en cuestión; los conocimientos, las habilidades, las herramientas y la información que requiere dicho puesto; las relaciones que deben establecerse desde ese puesto a otros puestos o áreas dentro o fuera de la organización. Será esta información la que sirva de “brújula” a la hora de identificar las características particulares que se esperan del candidato
- d) Reclutamiento.
- e) Presolicitud.
- f) Solicitud.
- g) Realización de una *entrevista inicial* por aquellos que hacen parte del departamento de reclutamiento y selección -en este caso los psicólogos del CAPSI- en la que se intenta conocer los aspectos generales del candidato. Información relacionada con su trayectoria académica, su familia, sus intereses y expectativas, su experiencia laboral, las razones de terminación de dichos trabajos etc.
- h) Realización de *exámenes psicométricos* que den cuenta de algunas características psicológicas del candidato como la personalidad, las aptitudes mentales y la motivación para el trabajo.
- i) Realización de *exámenes de aptitudes* que tienen como objetivo verificar si el candidato cuenta con una aptitud específica que sea indispensable para el adecuado

desempeño en el puesto de trabajo. Por ejemplo, exámenes de destreza en el uso de determinados procesadores de texto, manejo de vehículos etc.

- j) *La entrevista especializada* es realizada por el jefe del nuevo empleado.
- k) Examen médico
- l) Estudio socioeconómico
- m) Contratación
- n) Inclusión en la nómina

Este largo proceso de selección de personal tiene como objetivo escoger al mejor candidato para la ocupación de la vacante ofrecida por la organización. La selección de personal involucra múltiples variables y factores, algunos de los cuales se intentan medir y evaluar durante el proceso de evaluación. Los resultados del proceso de evaluación psicológica para la selección de personal le indican tanto al empleador como al empleado aquellas aptitudes, rasgos de personalidad y motivaciones con que cuenta el candidato a la vacante.

La importancia de una adecuada selección de personal radica en que si se realiza un buen análisis de la posible adecuación de las habilidades del sujeto al puesto de trabajo, de los atributos del ambiente a las necesidades individuales, de las exigencias laborales a las habilidades y personalidad del sujeto, éste sentirá que ha encontrado en su trabajo un cause para todos esos elementos particulares que lo caracterizan proporcionando esto, una mayor satisfacción laboral y por ende un mejor desempeño de sus funciones, viéndose esto traducido en una mayor productividad para la organización.

Es decir, se esperaría que una adecuada selección de personal facilite un doble beneficio laboral: mayor productividad en pro de la empresa y mayor satisfacción para el empleado.

Ahora bien “*Las organizaciones seleccionan a los empleados, así como estos últimos eligen las organizaciones*” (Furnham, A. 2001 p.99) siendo así que el proceso de selección no solo esté al servicio de la organización que solicita la evaluación, sino también al servicio del candidato, quien teniendo una vez conocimiento más profundo sus aptitudes,

motivaciones y rasgos de personalidad, además de las exigencias que supondrá el trabajo al que aspira, pueda decidir si se siente apto para realizarlo o no la tarea.

Así, la psicología organizacional está tanto al servicio del mundo del mercado como al servicio de lo humano, por lo que habrá de garantizar una adecuación humana a las exigencias laborales y de lo laboral a las necesidades humanas.

En este orden de ideas, el psicólogo además de la selección de personal-proceso al servicio de una organización-, podría realizar una orientación vocacional en la elección del trabajo –al servicio del sujeto mismo-.

La orientación vocacional pretende brindar herramientas al sujeto para tomar la decisión sobre su elección profesional, realizando los ajustes necesarios entre las expectativas e intereses del sujeto y sus recursos personales.

Esta adecuación prevería un funcionamiento más efectivo y eficiente en el área a desempeñarse, que si la elección de la carrera se hiciera en desconocimiento de aquellos rasgos de personalidad, aptitudes, intereses y preferencias profesionales. Esto puesto que en ocasiones a una persona le puede gustar de un área de desempeño determinada, más sin embargo no contar con los elementos necesarios para desempeñarse de manera eficiente y satisfactoria en ella; así, durante la devolución de los resultados del proceso de evaluación de la orientación vocacional, se le harán al sujeto algunas recomendaciones que éste podría utilizar para reajustar sus expectativas laborales.

Al igual que la selección de personal, la orientación vocacional pretende un ajuste entre las habilidades, atributos y destrezas personales de sujeto y el área en la que se quiere desempeñar con sus requerimientos personales. Sin embargo la diferencia radica en que la orientación vocacional está más al servicio del sujeto que de la institución, como en el caso de la selección de personal.

Los psicólogos vocacionales ayudan a la gente a examinar sus objetivos personales y profesionales en el largo plazo, a analizar sus fortalezas y debilidades personales, además de las amenazas y las oportunidades del ambiente para evaluar las alternativas profesionales más importantes y adecuadas (Furnham, A. 2001 p.99)

No obstante esta posibilidad de orientación vocacional, el psicólogo debería limitarse más específicamente a la adecuación del recurso humano al puesto de trabajo, en tanto la orientación tiene que ver más con el ámbito de la psicoterapia y de la salud mental que con la psicología organizacional. (Furnham, A. 2001 p.104)

7. Propuesta de intervención

7.1. Eje de intervención clínica

7.1.1. *Evaluación Psicológica.* Proceso de medición de diferentes dimensiones psicológicas que en conjunto con la información de la historia particular -obtenida durante la entrevista-, le darán cuenta al psicólogo del desempeño de ese sujeto con respecto al resto de la población y por ende, dimensionar por comparación con esta media, el estado de dicha dimensión, ya sea la personalidad, la inteligencia, las aptitudes e intereses, el desarrollo entre otras.

- *Objetivos*

General:

Obtener a partir de la aplicación de pruebas y entrevistas una medida de la dimensión psicológica evaluada

Específicos:

-Ofrecer procesos de evaluación confiables y de calidad a la comunidad en general

-Responder de manera efectiva a los requerimientos específicos de las instituciones que requieran del servicio de evaluación

- *Estrategias de acción*

-Entrevista clínica de evaluación.

-Aplicación de pruebas psicológicas.

-Interpretación de resultados arrojados por las pruebas con apoyo en la información obtenida durante la entrevista.

-Elaboración y entrega del informe de evaluación.

- *Procedimiento desarrollado*

Para la medición de una dimensión psicológica no basta con la aplicación de pruebas psicométricas, se hace necesario realizar una entrevista psicológica inicial que posibilite la recolección de datos sobre asuntos que influirán significativamente en el desempeño del sujeto durante la resolución de las pruebas, como dar datos que ayudarán a interpretar de una manera más completa y sensata los resultados de la prueba.

También esta información nos podría indicar descartar un proceso de evaluación y quizá determinar la necesidad de iniciar un proceso psicoterapéutico; esto, en tanto algunas dimensiones psicológicas se pueden ver directamente influenciadas por asuntos del lado de lo sintomático, siendo así que su medición por medio de instrumentos psicométricos se torne irrelevante al criterio del tratante.

- *Indicadores de logro*

Cuantitativos:

-El 100% de las evaluaciones asignadas se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.

-El 90% de las evaluaciones iniciadas se finalizaron.

-El 90% de los informes de evaluación se entregaron en un tiempo máximo de 15 días, una vez finalizado el proceso.

Cualitativos:

- Ofrecer procesos de evaluación confiables y de calidad a la comunidad en general
- Responder de manera efectiva a los requerimientos específicos de las instituciones que requieran el servicio de evaluación.
- Elaboración de informes de forma clara y coherente

- *Población*

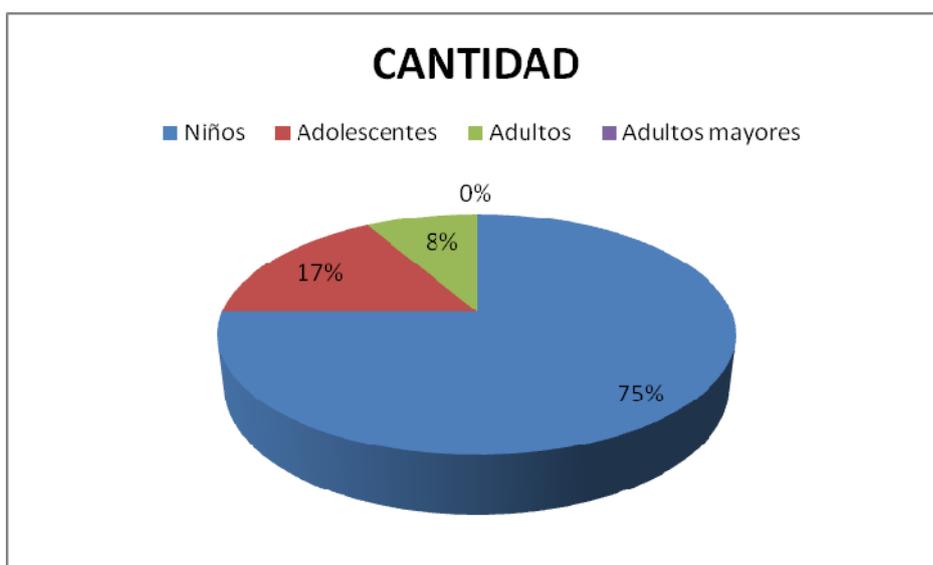
Niños, adolescentes y adultos

- *Presentación de resultados*

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	CANTIDAD
Evaluaciones iniciadas	12
Evaluaciones finalizadas	8
Evaluaciones sin finalizar	4
Informes entregados	8
Evaluaciones que derivan en remisión	1



CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN POR EDAD	CANTIDAD
Niños	9
Adolescentes	2
Adultos	1
Adultos mayores	0



TIPO DE EVALUACIÓN	PRUEBAS UTILIZADAS	CANTIDAD
Desarrollo	Batalle	3
Coeficiente intelectual	WISCIV-WAISSIII	7
Prueba complementaria a CI para descartar discapacidad cognitiva	I-CAP	2
Evaluación por observación	Entrevista	1



- *Análisis de resultados*

En los diferentes procesos de evaluación, se siguió el procedimiento pensado desde la construcción de plan de práctica: realización de entrevista, aplicación de instrumentos psicométricos, realización de informe en uso de la información recolectada. Posteriormente a esto se enviaba el informe realizado a la jefe, quien revisaba y realizaba los ajustes pertinentes al informe para posteriormente ser entregados a los sujetos de evaluación.

Para el inicio de las evaluaciones fue exigida remisión por escrito de la institución o profesional que requería de la evaluación. Esto con el fin de descartar las posibles demandas de evaluación parte de padres o familiares, con fines poco pertinentes para el inicio de tales procesos.

Las evaluaciones realizadas fueron iniciadas por remisión de instituciones educativas u otros profesionales de la salud que requerían de dicha evaluación ya fuera para: el ingreso de un menor a jardín infantil; para descartar discapacidad cognitiva y conocer las habilidades y capacidades con que contaba el paciente para así posibilitar un fortalecimiento en dichas áreas que se convertirían en las herramientas para el desempeño autónomo e independiente en la vida adulta; para la toma de decisiones en cuanto al futuro

académico del evaluado; para complementar evaluaciones o intervenciones en otras áreas profesionales como fonoaudiología, psicología o psiquiatría

En relación con los procesos de evaluación psicológica puede señalarse que del 100% de las evaluaciones asignadas se iniciaron oportunamente el 100%, sin embargo solo se finalizó el 67%. Esto se debió a diferentes variables tales como falta de medios económicos para asistir a la consulta, determinación después de la primera entrevista de la necesidad de ser atendido por otro profesional de la salud, o la no necesidad de tal evaluación; otros de los pacientes no volvieron y no dieron razón alguna.

Del 67% de las evaluaciones finalizadas se entregó el 100% de los informes, en la mayoría de los casos en un plazo antes de 15 días después de finalizada la evaluación. El retraso de algunas de ellas se debió a la dificultad en la concordancia del tiempo de trabajo de quien evaluaba con quien revisaba y avalaba el informe final resultante del proceso evaluativo.

Del 100% de las evaluaciones asignadas, la mayor población a evaluar fueron los niños, con una representación del 75%. Seguido a ellos estuvieron los adolescentes con un porcentaje del 17%; y finalmente un 8% de adultos evaluados, para concluir con un 0% de población de adultos mayores a evaluar.

Ahora bien, del 100% de las evaluación asignadas el 54% se correspondió con una demanda de evaluación de coeficiente intelectual, el 23% con una demanda de evaluación del desarrollo, el 15% con la necesidad de aplicar prueba complementaria (ICAP) a la batería para evaluación de CI para descartar discapacidad cognitiva y el 8% con una evaluación a realizar por medio únicamente de la observación y de la entrevista.

Algunas de las evaluaciones iniciadas, dieron pie para que se evidenciara la necesidad de iniciar un proceso psicoterapéutico paralelo al proceso de evaluación psicológica, por lo que en algunos de los informes finales se recomendó el inicio de dicha psicoterapia.

Cabe indicar que se presentaron algunos casos en los que los pacientes eran remitidos para evaluación de coeficiente intelectual por algún profesional de la salud, ya que éste encontraba entre el historial del paciente “diagnosticada” cierta condición tal como “Retraso mental”; esto con el fin de confirmar dicho diagnóstico. Dicho “diagnóstico” era realizado por algún docente sin fundamento psicológico o disciplinar alguno, sino más que mediante la observación y su juicio de valor personal.

Así, es importante indicar acerca de la importancia de la realización de una buena entrevista inicial que dé cuenta de todo lo que antecede a la demanda de un determinado tipo de evaluación para poder determinar la pertinencia de su realización o no. Entonces, en ocasiones se hizo necesario esclarecer y enmendar de alguna manera, mediante explicaciones claras y precisas, la no pertinencia del inicio de la evaluación y la importancia de repensar la manera particular de representarse a sus hijos en relación con el diagnóstico emitido.

Ahora bien, por otro lado cabe ‘darse cuenta’ sobre cómo es precisamente en el ámbito escolar donde pareciera traslucirse o abrirse paso las diferentes manifestaciones sintomáticas de los niños. Como si fuese allí el espacio propicio para que los asuntos de la Otra escena hicieran presencia.

Desafortunadamente, cuando dichas manifestaciones aparecen, y específicamente en el ámbito escolar, a lo que se acude es primeramente -y casi que exclusivamente- a una necesidad de descartar algún tipo de disfunción, dar con un diagnóstico que explique la ‘anormalidad’ de ese que no se adapta, de ese que ‘no da la talla’ en lo académico o en lo disciplinar como el resto de sus compañeros.

¿Es un retrasado? ¿Es un estúpido? Dígame señor psicólogo que es lo que le está fallando para poner en marcha los correctivos necesario para que encaje cual ficha como todos los demás. ¡Aplíquele pruebas! ¡Evalúelo! ¡Mídalo lo antes posible! ¡Deme respuesta! No pareciera haber el más mínimo espacio para preguntarse sobre el mensaje

que podría estar entrañando dicho síntoma, que resulta problemático y molesto para la escuela.

- *Dificultades Presentadas*

Entre las dificultades encontradas se podría indicar que, dada la necesidad de algunas asesorías por docentes acerca de la calificación e interpretación de ciertos instrumentos, y por la disponibilidad de tiempo de los mismos, se ha retrasado, en ocasiones, la entrega de algunos informes de evaluación. Se convierte en problemática en tanto, del lado de los pacientes está la demanda por una entrega rápida de los informes.

En repetidas ocasiones los formatos de respuesta necesarios para la utilización de instrumentos no se encontraban disponibles a tiempo, por lo que se hacía necesario hacer esperar al paciente o apurarse de forma molesta a última hora. Se recomienda que la persona responsable de este tipo de funciones- de tener al día todos los materiales necesarios- esté más atento a que dicha disposición de materiales esté más al tanto de ésta situación.

7.1.2. *Psicoterapia individual.* Encuentro entre el psicólogo y el paciente con miras a trabajar, a encontrarle un sentido al malestar o síntoma que aqueja al sujeto. Siendo que en ese transitar -en uso de la palabra- del sinsentido al sentido de lo desconocido, el sujeto tenga posibilidades de generar un cambio de posición frente a su padecer.

- *Objetivos*

General:

Propiciar un espacio que en el que por medio de la palabra el paciente pueda reconocer su síntoma como propio.

Específicos:

-Hacer posible una construcción de sentido alrededor del síntoma que el paciente desconoce como propio pero que le pertenece y en el cual hay una implicación del goce.

-Realizar intervenciones pertinentes que generen en el sujeto cuestionamientos, movilización subjetiva y un cambio de posición ante su padecer

- *Estrategias de acción*

-Realización de entrevista no estructurada en la cual se generarán preguntas a partir del discurso del paciente y de acuerdo a la pertinencia que considere el psicólogo de éstas para la generación de movilizaciones y cuestionamientos subjetivos.

-Exploración justificada de la historia de vida del sujeto que permitirá abordar temas que al paciente podrían haberle parecido irrelevantes. Este abordaje le permitirá hallar elementos importantes para la elaboración de su síntoma.

-Una vez el psicólogo considera que se ha establecido la transferencia realizar señalamientos de significantes que surgen y son “pasados de largo” por el paciente pero que los cuales resulta importante confrontar para un cuestionamiento y movilización subjetiva por parte del paciente.

- *Procedimiento desarrollado*

Propiciar inicialmente el espacio para que el sujeto hable de su queja, el motivo que lo ha traído a consulta. Este primer encuentro se prestará para dilucidar un poco la naturaleza del pedido que hace el paciente, a quien lo dirige, qué espera y qué está dispuesto a poner de sí para el trabajo sobre su padecer, pistas importantes para el direccionamiento particular que dará el psicólogo a la cura.

En los posteriores encuentros estar atento al discurso del sujeto y hacer las intervenciones necesarias-sean silencios o cuestionamientos-, los señalamientos sobre significantes que surgen con miras a generar movilización subjetiva, un cambio de posicionamiento frente a su queja y una responsabilización de aquello que le aqueja.

En el caso de la clínica con niños, propiciar los encuentros previos que sean necesarios con los padres, cuya importancia se encuentra para el desarrollo del proceso psicoterapéutico de un niño se encuentra explicitado en el marco teórico. De igual manera contar en esta clínica con apoyos que faciliten el despliegue del discurso del niño tales como el dibujo, el juego y el relato de historias.

- *Indicadores de Logro*

Cuantitativos:

-El 100% de los procesos de intervención psicoterapéutica asignados, se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.

-El 70% de los procesos de intervención psicoterapéutica iniciados se finalizaron.

-El 100% de las historias clínicas son avaladas por el asesor.

-El 100% de las historias clínicas son diligenciadas y reportadas de forma semanal.

-El 100% de los registros de actividades diarias se entregan de forma oportuna los primeros 5 días de cada mes.

Cualitativos:

-Asesorías como dispositivo formal en el que se hace posible el control de casos-punto a cumplirse como parte de la ética en la formación del analista-. Allí se trata de dar cuenta de los casos llevados hasta el momento a un psicoanalista con el fin de evitar la posición de autosuficiencia por parte del psicólogo; en otras palabras, hacer pasar el caso por otra escucha permitirá identificar elementos significativos que serán importantes para el proceso y bienestar del paciente, de los que no se haya percatado aquel quien lleva el proceso clínico.

-Formalización de casos que permitirá, por medio del ejercicio de hacer palabra escrita aquello que antes solo se concretaba en una reflexión o pensamiento, un reescribir, un repensar el caso dando espacio para la emergencia de una nueva mirada, una nueva perspectiva sobre aquello que antaño siendo solo pensamiento dejaba escapar elementos importantes.

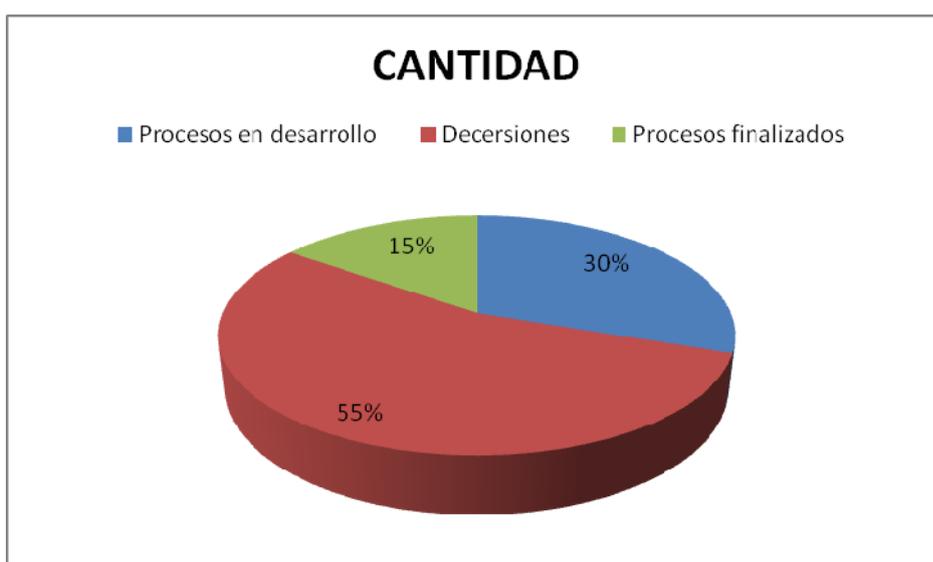
-Presentación de casos ante la comunidad del CAPSI, mediante la sistematización de la información recogida y de las intervenciones hechas durante las sesiones con alguno de los pacientes. Este ejercicio de “divulgación” formal, sintética y organizada de alguno de los casos, permitirá al psicólogo que lleva el caso enriquecer su mirada sobre un proceso particular.

- *Población*

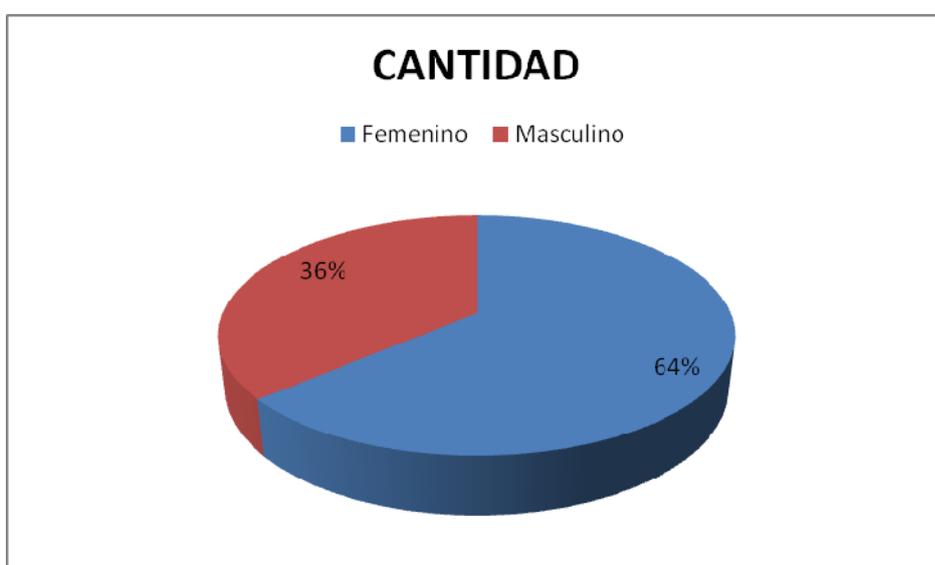
Niños, adolescentes y adultos

- *Presentación de resultados*

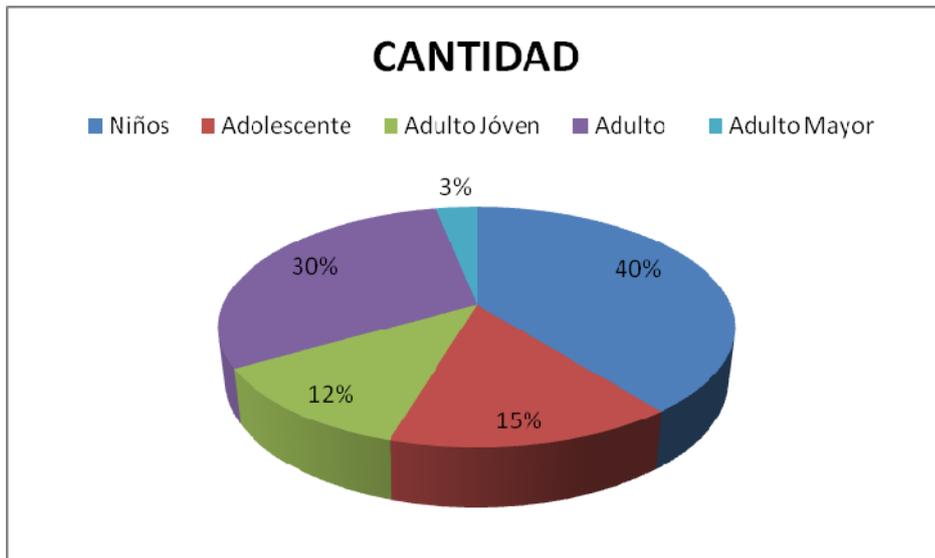
PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	CANTIDAD
Procesos iniciados	33
Procesos en desarrollo	10
Decersiones	18
Procesos finalizados	5



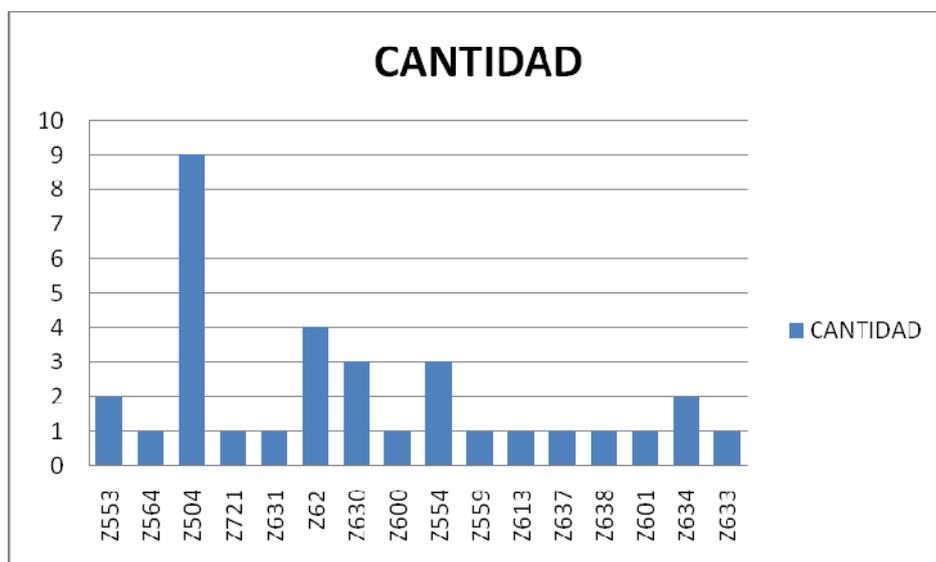
CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN POR GÉNERO	CANTIDAD
Femenino	21
Masculino	12



CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN POR EDAD	CANTIDAD
Niños	13
Adolescente	5
Adulto Joven	4
Adulto	10
Adulto Mayor	1



COD	DIAGNÓSTICOS	CANTIDAD
Z504	PSICOTERAPIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	9
Z62	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CRIANZA DEL NIÑO	4
Z554	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INADAPTACION EDUCACIONAL Y DESAVENENCIAS CON MAESTROS Y COMPAÑEROS	3
Z630	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA	3
Z553	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	2
Z634	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DESAPARICION O MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	2
Z564	PROBLEMAS RELACIONADOS CON DESAVENENCIAS CON EL JEFE Y COMPAÑEROS DE TRABAJO	1
Z721	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL USO DEL ALCOHOL	1
Z631	PROBLEMAS EN LA RELACION CON LOS PADRES Y LOS FAMILIARES POLITICOS	1
Z600	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL AJUSTE A TRANSICIONES DEL CICLO VITAL	1
Z559	PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON LA EDUCACIÓN Y LA ALFABETIZACIÓN	1
Z613	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EVENTOS QUE LLEVARON A LA PERDIDA E LA AUTOESTIMA EN LA INFANCIA	1
Z637	PROBLEMAS RELACIONADOS CON OTROS HECHOS ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA FAMILIA Y AL HOGAR	1
Z638	OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO	1
Z601	PROBLEMAS RELACIONADOS CON SITUACIÓN FAMILIAR ATÍPICA	1
Z633	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA AUSENCIA DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	1



- *Análisis de resultados*

Cuantitativos

Del 100% de los procesos psicoterapéuticos iniciados -que se corresponde con 33 pacientes- se finalizaron 5 procesos -15%-; se presentó un 55% de deserción y continúan en proceso un 30% de los pacientes.

De entre los cinco procesos que se finalizaron se presentó un adolescente quién se tomó por pedido de la madre y porque se consideró -por el discurso de la ésta- que habían asuntos que quizá podían concernirle al hijo, más éste afirma no tener necesidad de acudir al espacio psicoterapéutico por lo que más que finalizar, nunca inició. Otro concernía a una madre quien inicialmente decía sentir necesidad de acudir a consulta -aunque fue por su hijo por quién viene inicialmente, más luego de un par de sesiones dice no sentir la necesidad de hablar más. Otro por imposibilidad económica de desplazamiento al CAPSI. Otros porque tras cierto tiempo los padres deciden no continuar porque ven una mejoría en sus hijos y no les parece necesario volver.

La población que en mayor medida acudió para una atención psicoterapéutica fueron mujeres con un 64% de representación en relación con la población masculina que acudió a consulta con un 36% de representación. La mayor parte de los sujetos atendidos fueron niños -40%- quienes acudían a consulta por remisión institucional o por iniciativa de los padres.

De entre los problemas que inicialmente se esbozaban como motivo de consulta se encontró problemas relacionados con la inadaptación educacional y desavenencia con maestros y compañeros; problema no especificado relacionado con la educación y la alfabetización; problemas relacionado con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia; problemas relacionados con situación familiar atípica; problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia; problemas relacionados con la crianza del niño entre otros.

Seguido a ellos se ubican los adultos -30%- que en la mayoría de las ocasiones eran las madres de los mismos niños quienes comenzaban paralelamente un proceso psicoterapéutico personal. De entre los problemas que inicialmente se esbozaban como motivo de consulta en esta población específica se encuentran problemas relacionados con el jefe y compañeros de trabajo, problemas relacionados con la crianza de sus niños; problemas en la relación entre esposos o pareja; problemas relacionados con otros hecho estresantes que afectan a la familia y al hogar; problemas relacionados con el grupo primario de apoyo; problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia.

Los adolescentes con un 15% de acudimiento a consulta. De entre los problemas que inicialmente se esbozaban como motivo de consulta en esta población específica se encuentran problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar; problemas relacionados con el ajuste a transiciones del ciclo vital; problemas relacionados con la inadaptación educacional y desavenencia con maestros y compañeros; problemas en la relación de esposos o pareja entre otros.

Los adultos jóvenes con un 12% de representación. De entre los problemas que inicialmente se esbozaban como motivo de consulta en esta población específica se encuentran problemas en la relación con los padres y los familiares políticos y en general se hacía necesario diagnosticar con “psicoterapia no clasificada en otra parte” dada la inespecificidad del motivo de consulta. Y finalmente los adultos mayores con un 3% de representación con problemas relacionados con el alcoholismo.

Fue posible la entrega del 100% de los registros de actividades diarias en el período de los primeros cinco días de cada mes. Se diligenció el 100% de las historias clínicas correspondientes a los diferentes procesos psicoterapéuticos, siendo avalados a su vez por la asesora de práctica.

Cualitativos

El ejercicio clínico al que se ve enfrentado un psicólogo practicante, quien apenas inicia su trayecto en la escucha activa de sus pacientes, supone un confrontamiento constante con la propia subjetividad.

Esto se evidencia en asuntos del lado de la resistencia, en ocasiones, antes de iniciar una sesión; en otras, durante la consulta misma, en la cual se pueden llegar a presentar momentos en los que pareciera que la disposición de escucha del psicólogo –con algunos pacientes- se nublara, desapareciera. Esto le supone al psicólogo de orientación psicoanalítica una puesta en marcha de todas sus fuerzas para continuar en el análisis ya iniciado –incluso intensificar el trabajo- con miras a clarificar aquello que le hace mella en su escucha y en su trabajo clínico en general.

Pareciera que el ejercicio clínico muchas veces moviliza en el propio proceso analítico, asuntos que quizá no se habrían movilizado de tal manera, bajo otras circunstancias, constituyendo así, clínica y análisis personal, un engranaje ‘Bípedo’ –por decirlo de alguna manera- que funciona conjuntamente, siendo así que se influyan mutuamente.

El ejercicio clínico durante esta práctica, le permitió al practicante corroborar mediante la experiencia muchos de aquellos conceptos que en la teoría no dejaban de ser precisamente, eso, conceptos abstractos a veces increíbles y hasta irrisorios.

Retomando, no solo la experiencia de análisis permite experimentar la veracidad del inconsciente sino que, escuchar a los pacientes posibilita de una manera aún más certera percatarse de cómo esa Otra escena –la del inconsciente- que a veces suena como de “sueños” realmente existe y de cómo esos elementos inconscientes que son desconocidos inicialmente para el sujeto pueden ir siendo develados precisamente en uso de la palabra.

Fue bello presenciar la manera particular como cada paciente ha construido su historia y darse cuenta de la certeza que éstos inicialmente tienen respecto a lo que consideran de las cosas: que son así, solo así y no de otra manera; para luego ir presenciando como se generan cuestionamientos acerca de lo que en principio era incuestionable.

Fue igualmente sorprendente ser testigo presencial de todas aquellas palabras que parecieran ser ajenas al sujeto, pero que en definitiva, son lo que lo dicen a él en su verdad.

Desafortunadamente en la mayoría de casos, en el punto en el que se comenzaba a movilizar algo de la posición respecto a lo sintomático, se presentaba una deserción del espacio de consulta. Esto quizá de lo que nos estaba dando cuenta era precisamente de la resistencia a saber, de lo difícil que resulta para un sujeto este nuevo saber al que se accede por medio de un proceso de orientación analítica. No obstante esto parece una dificultad en la clínica psicoanalítica, hace sin embargo simplemente parte del batallar de fuerzas contrarias que se suponen en este trabajo.

Precisamente, respecto a este punto que se aborda sobre la resistencia a saber y sobre la deserción del proceso psicoterapéutico, cabe disertar un poco acerca de un asunto que se presentó mucho durante la práctica profesional.

Con los padres de la mayoría de niños se encontraron diversas dificultades. No quisieron acceder a las entrevistas consideradas como necesarias para poder conocer más sobre la historia del niño y dilucidar el lugar del niño en el discurso de los padres; tan solo los traían como encomendándole al psicólogo el “quehacer” con sus hijos sin querer tener ningún tipo de implicación, ni siquiera para decir algo de sus hijos. Estos en muchas ocasiones no regresaron a consulta o simplemente se hizo necesario cerrar el proceso ya que en estas condiciones se hace muy difícil lograr algo durante el trabajo con los niños.

Se evidenció también que en muchas de esas ocasiones en que los niños eran entregados al psicólogo en esa condición de “un alguien por arreglar”, “un alguien respecto del cual habría que averiguar algo para contarles a ellos” y ante la negativa del psicólogo de responder a muchas de sus demandas no volvían a traer a sus hijos a consulta.

En otros casos, el “mejoramiento” referido en la escuela -o por los padres mismos- respecto de la problemática por la que era inicialmente traído el menor, era motivo para que sus padres decidieran no continuar ya más con el proceso psicoterapéutico.

Se ha considerado la siguiente reflexión dada el encuentro con este tipo de padres que dejan de traer a sus hijos una vez que se encuentran en la consulta con lo que tiene para ofrecer la psicoterapia desde este enfoque específico.

Si los padres temen permitir la emergencia de la pregunta -que supone una implicación personal en el propio padecer, más que una repetición inconclusa de quejas que desconocen la implicación subjetiva en el propio malestar- de igual manera han de temer que sus hijos construyan una pregunta que ya que podría significar una desestabilización para aquel orden hasta ahora establecido en la familia.

Muchos padres acuden entonces a consulta para recibir una constatación de un diagnóstico -ya esbozado antes, o simplemente sospechado por ellos mismos- que condense en una etiqueta toda la situación “problemática”. Es como si esperaran que les dijeran que se presenta algún tipo de “daño” o “avería” en el funcionamiento que se esperaría del niño.

Pero con lo que se encuentran en consulta es harto diferente. Cuando se percatan de que lo que se presenta y se seguirá presentando en el espacio psicoterapéutico con orientación psicoanalítica es un cuestionamiento constante que supone una implicación personal en dicho padecimiento infantil que habían supuesto como ajeno a la trama familiar, dan un paso atrás, retroceden y vuelven a ese padecer, a ese algo del goce que se condensa en lo sintomático del niño, prevaleciendo la apuesta por el engeguamiento.

Los padres inicialmente acuden, quizá convencidos de que sí, quieren que su hijo supere sus dificultades en la escritura, en la lectura, en el control de esfínteres, en el mal rendimiento y comportamiento en la escuela, más cuando se encuentran con un espacio psicoterapéutico que se dispone para el despliegue de la verdad de aquel niño, que en la mayoría de las ocasiones involucra lo parental, la verdad de la pareja familiar, y no un espacio predispuesto para la etiquetación diagnóstica-que obstruye la emergencia de la pregunta- pareciera presentarse un desvanecimiento de la supuesta intención inicial.

“Se hace necesario que yo hable más con usted para conocer un poco más acerca de su niño, sobre su historia” Pareciera que la mayor parte de los padres buscan testigos, alguien que se encargue de sus hijos sin que les implique un involucramiento en el proceso. Hay miedo a saber, hay miedo a conocer, hay miedo a la transformación. Se han amalgamado de tal manera con la propia podredumbre que aún cuando buscan un trapo para limpiarse, buscarán de nuevo ensuciarse para no ver lo que se encuentra tras la piel de lodo que es el padecer aparente.

Ahora bien, cabe indicar para concluir este apartado, que muchas de las reflexiones que se lograron alrededor del ejercicio clínico y de los casos en el uno por uno, fueron gracias al repensar- luego de las consultas ‘in vivo’ por decirlo de algún modo- en las diferentes asesorías, formalizaciones y presentaciones de caso.

Esto facilitó –como estaba pensado en los logros, desde el inicio planteados- tomar perspectiva de los casos mismos gracias a la intervención de la pregunta del asesor; facilitó

el percatarse de elementos significativos que, de no ser por la reevaluación, habrían pasado desapercibidos, no solo del lado de elementos del discurso del paciente, sino del ejercicio mismo del practicante.

En últimas, estos espacios y actividades para el repensar los casos permitió enriquecer la mirada en el ejercicio clínico del practicante.

7.2. *Eje de intervención psicología socioeducativa*

7.2.1. *Proyectos Socioeducativos.* Proyecto de Formación en Derechos Humanos y Derechos de los niños, niñas y adolescentes como herramientas para la Socialización Política.

- *Objetivos*

General:

Facilitar espacios de reflexión sobre temas relacionados con los derechos humanos, derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Específicos:

- Privilegiar el lugar de la palabra de los participantes en los diferentes encuentros.
- Propiciar que los participantes generen estrategias de transformación de aquellas problemáticas que puedan estar aquejando a su comunidad.
- Realizar intervenciones que faciliten cuestionamientos acerca de la propia responsabilidad en la generación de dichos fenómenos problemáticos a nivel social.

- *Estrategias de acción*

-Implementación de talleres que atañen a la temática del proyecto en uso de la metodología del taller reflexivo.

-Evaluación del proceso llevado con las comunidades en uso de los productos hechos por los mismos participantes (talleres y evaluaciones escritas, dibujos, carteleras, escritos, contenido de dramatizaciones etc.)

-Realización de los diarios de campo por encuentro con cada una de las comunidades.

- *Procedimiento desarrollado*

Implementar los talleres pensados por los directores del proyecto haciendo los ajustes necesarios de acuerdo a las características particulares de cada población y teniendo presente la mirada que de sujeto psicológico se tiene –la psicoanalítica- no obstante se esté realizando un trabajo pensado desde la psicología social.

- *Indicadores de Logro*

Cuantitativos:

- El 100% de talleres asignados son realizados de manera oportuna
- La asistencia a los talleres aumenta en un 90%
- El 100% de los talleres ejecutados son reportados a través de los diarios de campo

Cualitativos:

-Implementación de talleres de manera responsable, puntual y comprometida

-Realización de diarios de campo de forma coherente y completa

-Entrega oportuna de dichos informes de campo

-Colaboración activa en el diseño o posible reestructuración de los talleres ya pensados por los directores del proyecto

- *Población*

Niños, niñas y adolescentes de los barrios *El Caracol-la curva* y *Matecaña*.

- *Presentación de resultados*

MATECAÑA								
<i>Mes</i>	ENERO	FEBRERO	MARZO		ABRIL		MAYO	
<i>Fecha</i>			9	24	7	21	5	19
<i>Num. talleres realizados</i>	0	0	1	1	1	1	1	1
<i>Número de asistentes</i>	0	0	12	32	26	20	31	31
<i>Nombre del taller</i>			Presentación y socialización de proyecto	Levantamiento de Línea de base	Derecho a la vida	Derecho a la libertad	Derecho a la identidad	Refuerzo Derecho a la Id y Evaluación
<i>Mes</i>	JUNIO		JULIO		AGOSTO			
<i>Fecha</i>	2	16	28	30	11	25		
<i>Num. talleres realizados</i>	1	1	1	1	1	1		
<i>Número de asistentes</i>	23	20	16	26	23	22		
<i>Nombre del taller</i>	Derecho a la protección	Derecho a la salud y a la educación	Derecho a la recreación y participación política	Derecho a la libre asociación y reunión	Taller de Evaluación	Derecho a vivir en un ambiente sano		
	Cifra aproximada							

CARACOL-LA CURVA									
<i>Mes</i>	ENE	FEB	MARZO		ABRIL			MAYO	
<i>Fecha</i>			4	16	1	15	29	13	27
<i>Num. talleres realizados</i>	0	0	1	1	1	1	1	1	1
<i>Número de asistentes</i>	0	0	27	30	31	26	23	31	26
<i>Nombre del taller</i>			Presentación y socialización de proyecto	Levantamiento de Línea de base	Derecho a la vida	Derecho a la libertad	Derecho a la identidad	Derecho a la ID y evaluación	Der. a la Protección
<i>Mes</i>	JUNIO	JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE			
<i>Fecha</i>	10	8	22	5	19	2	22	30	
<i>Num. talleres realizados</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	
<i>Número de asistentes</i>	24	19	30	27	25	25	20	25	
<i>Nombre del taller</i>	Derecho a la salud y la educación	Derecho a la recreación y participación política	Derecho a la libre asociación y reunión	Taller de evaluación	Derecho a vivir en ambiente sano	Derecho a la nacionalidad	Derecho a la equidad de género	Derecho a vivir entorno de paz	

- *Análisis de resultados*

Respecto a los talleres que se alcanzaron a dar, habría por decir que se realizaron de manera responsable, puntual y comprometida, entregando los diarios de campo correspondientes.

En los talleres se realizó la gran mayoría de las actividades presupuestas para el encuentro, a excepción de algunas ocasiones en que el tiempo no era suficiente para alcanzar los objetivos en su totalidad. En algunas ocasiones se hizo necesaria la modificación de las actividades planeadas dadas las particularidades de cada uno de los grupos.

A medida que fue avanzando el proceso con niños y adolescentes, y en la medida de algunas modificaciones en la planeación de los talleres por parte del coordinador –en apoyo de las ideas de los psicólogos practicantes del CAPSI- los participantes se abrieron en mayor medida a compartir experiencias y a hacer uso de la palabra, haciéndose así en menor medida necesario realizar un direccionamiento magistral de los diferentes encuentros.

Se evidencia una clara diferencia en la participación de los adolescentes de comunidad a comunidad, siendo que en el barrio Caracol-La Curva hay una participación activa por parte de los jóvenes en tanto en el barrio Matecaña se presentó una asistencia nula de los jóvenes de la comunidad.

- *Dificultades Presentadas*

Podría considerarse que de las áreas a desempeñarse durante la práctica, ésta en especial fue en la que se presentó mayores dificultades. Más que por la imposibilidad de realizar un adecuado trabajo al momento de estar con los participantes, por dificultades en el ámbito de las relaciones interinstitucionales CAPSI-COMFAMILIAR y por algunas dificultades de

salud que impidieron la realización de un par de talleres con una de las comunidades en especial–matecaña-, asunto que generó incomodidades en la relación inter-institucional.

En alguna de las ocasiones fue error del practicante no informar con pertinencia –en cuanto al tiempo- la imposibilidad de asistencia, lo que impidió que se enviara un reemplazo de manera pertinente para el cumplimiento con la agenda previamente programada con la comunidad. En otras ocasiones no obstante se indicó la imposibilidad de asistencia por parte del practicante, por errores de comunicación inter-institucional, tampoco se envió reemplazo, o sí en otras ocasiones, pero no ya sin la molestia desde el inicio engendrada.

De igual manera se generaron dificultades en tanto la practicante se dirigió directamente a quien coordina el proyecto en COMFAMILIAR sin la intermediación de los jefes del CAPSI para hacer un pedido, ha de decirse, de manera respetuosa, asunto que sin embargo conmovió en gran medida y de manera negativa a dicha persona. Ello le permitió a la practicante percatarse de la naturaleza vertical de las relaciones con dicha institución. De hecho este fue el punto de partida de las dificultades en general en esta área de trabajo en particular.

Así, por dicha situación, no se le permitió a la practicante finalizar con lo planeado en lo que atañe a los talleres a dictar en las diferentes comunidades. En este orden de ideas en una de las comunidades –matecaña- se dictaron talleres hasta el mes de agosto y en la otra –caracol-la curva- hasta el mes de septiembre, siendo que se previó dictar talleres hasta el mes de diciembre. Por lo recién abordado se ha de concluir que no se cumplió con la realización del 100% de los talleres asignados.

De la comunicación con las promotoras –puente principal entre el CAPSI y COMFAMILIAR- puede decirse que se consideró arbitraria. Antes comunicar al psicólogo practicante lo que tuvieran por decir, lo comunicaban directamente a la jefe de COMFAMILIAR informando de manera unilateral lo que pudiera haber sucedido sin tener en cuenta el punto de vista del psicólogo y en ocasiones, la veracidad de las cosas.

Se considera una falta de profesionalidad por parte de algunos integrantes de COMFAMILIAR el ser igualmente arbitrarios en la toma de decisiones, sin tomar en cuenta ni la palabra, ni el trabajo bien realizado por el psicólogo practicante.

Se considera injusto el corte con las comunidades sin haber posibilitado siquiera un cierre con cada una de ellas, siendo que se trabajo con ellas por más de un semestre.

Se considera que siendo esta práctica profesional un espacio de formación, habrían de tomarse aquellos puntos de los que no podrían estar satisfechos los jefes para retroalimentar el trabajo del practicante más no cerrar las puertas a un diálogo constructivo.

7.2.2. *Orientación Profesional*

- *Objetivos*

General:

Proporcionar un proceso de evaluación que soporte y oriente la decisión de elección profesional que realice el evaluado.

Específicos:

-Realizar devolución de resultados de proceso de evaluación sobre aptitudes, destrezas, intereses y habilidades para facilitar la decisión de la elección profesional.

- *Estrategias de acción*

-Realización de entrevistas semiestructuradas que indaguen los intereses particulares del evaluado; áreas de desempeño y del conocimiento que se le facilitan o se le dificultan; sus debilidades y fortalezas.

-Aplicación de las pruebas psicométricas.

- Puntuación e interpretación de las pruebas psicológicas.
- Realización de informe de proceso de evaluación analizando la información obtenida durante la entrevista y los datos arrojados por las pruebas.
- Entrega del informe al sujeto y análisis de las posibles carreras aptas para escoger.

- *Procedimiento desarrollado*

Por la convergencia de la información obtenida por medio de la entrevista semiestructurada, la aplicación de las pruebas 16Pf Cuestionario factorial de la personalidad, IPP Inventario de intereses y preferencias profesionales y PMA Aptitudes mentales primarias, se realiza un análisis acerca de cuáles serían las carreras en las que mejor se desempeñaría el sujeto. Esta información es discutida con el evaluado proporcionándole elementos que le ayudarán a realizar más acertadamente su elección profesional.

- *Indicadores de Logro*

Cuantitativos:

- El 100% de los procesos de orientación vocacional y profesional asignados iniciados se finalizaron.
- El 100% de los informes de orientación profesional se entregaron en un tiempo máximo de 15 días, una vez finalizado el proceso.

Cualitativos:

- Elaboración de informes de forma clara, coherente y puntual.

- *Población*

Estudiantes e instituciones que soliciten el servicio de orientación profesional.

- *Presentación de resultados*

ORIENTACIÓN PROFESIONAL	CANTIDAD
Procesos iniciados	8
Procesos terminados	8



- *Análisis de resultados*

Se inició y finalizó el 100% de los procesos de orientación profesional asignados -8- en uso de la entrevista, la aplicación de los instrumentos presupuestados en la descripción del procedimiento y realización del informe.

Se entregó el 100% de los informes de dichas evaluaciones en el tiempo esperado.

No se puede hacer un análisis más cualitativo en tanto no se contó con la posibilidad de entregar directamente al evaluado su informe final de evaluación, momento que hubiera sido propicio para percatarse de lo esta orientación pudiera generar o en lo que pudiera beneficiar al consultante que acude inicialmente, un tanto desubicado en cuanto a las decisiones a tomar en su futuro profesional.

- *Dificultades presentadas*

-En la mayoría de ocasiones no fue posible una devolución directa de los resultados a los evaluados, asunto que habría sido de gran utilidad para discutir con ellos lo arrojado por el proceso de evaluación, aclararle posibles dudas y enriquecer el proceso finalizado.

-No se presentaron otras dificultades significativas para la realización de dicho proceso de orientación profesional ya que se contó con la asesoría previa del equipo de trabajo para el desarrollo de dicho proceso.

7.3. *Eje de intervención psicología organizacional*

7.3.1. *Selección de personal*

- *Objetivos*

General:

Proporcionar apoyo desde el conocimiento de la psicología organizacional, a aquellos procesos de selección iniciados por las distintas organizaciones.

Específicos:

- Ofrecer procesos de selección de personal confiables y de calidad a las organizaciones
- Entregar los informes del proceso de selección de personal con diligencia a las organizaciones

-Posibilitar un análisis de la posible adecuación de las características del sujeto al puesto a ocupar en la organización.

- *Estrategias de acción*

-Revisión de la descripción del cargo dado por la organización contratante donde se especifican las competencias que se requieren para el puesto vacante

-Elaboración y realización de entrevista semiestructurada al candidato.

-Aplicación de pruebas psicológicas.

-Puntuación e interpretación de pruebas psicológicas.

-Elaboración de informe de proceso de evaluación con la información obtenida durante la entrevista y los datos arrojados por las pruebas.

-Entrega del informe a la entidad solicitante.

- *Procedimiento desarrollado*

En uso de la información obtenida por la descripción de perfil y por las competencias determinadas por la organización, como las requeridas para la ocupación del puesto vacante, se procede a diseñar una entrevista semiestructurada que permita indagar la posible adecuación del sujeto por sus características personales y sus competencias al cargo a ocupar.

A continuación se aplican tres pruebas psicológicas que nos darán información importante para la decisión final de la escogencia del candidato que habrá de ocupar el puesto vacante. Dichas pruebas son el *16Pf Cuestionario factorial de la personalidad*, *PMA Aptitudes mentales primarias* y *CMT Cuestionario de Motivación para el trabajo*.

Se procede a analizar toda la información recogida hasta el momento y realizar un informe que será entregado a la organización que requiere el proceso de selección de personal.

- *Indicadores de Logro*

Cuantitativos:

-El 100% de los procesos de selección de personal asignados se iniciaron oportunamente en un tiempo no mayor a 15 días.

-El 100% de los procesos de selección de personal iniciadas se finalizaron.

-El 100% de los informes de selección de personal se entregaron en un tiempo máximo de 8 días, una vez finalizado el proceso.

Cualitativos:

-Elaboración de informes de forma clara, coherente y puntual.

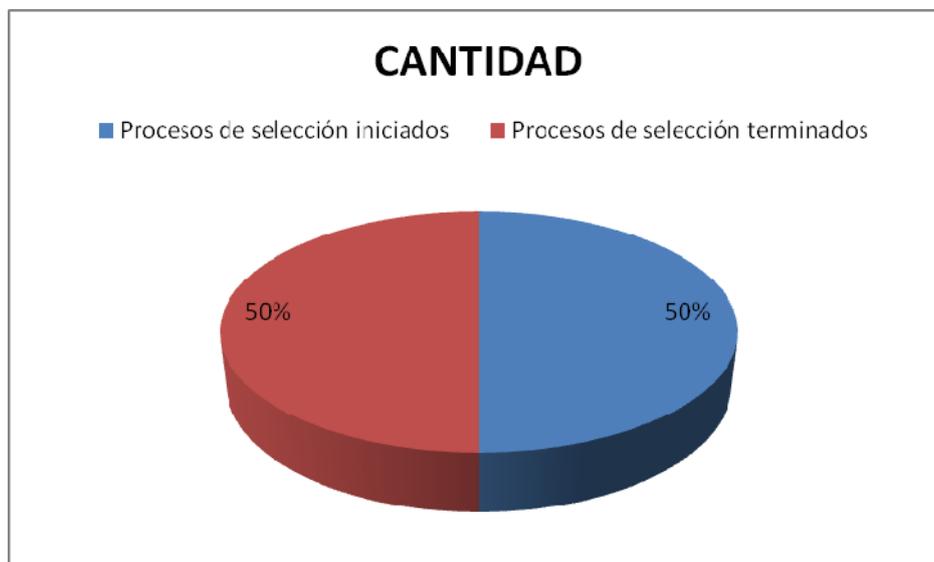
- *Población*

-Instituciones solicitantes de proceso de selección de personal.

-Universidad Católica Popular del Risaralda.

- *Presentación de resultados*

SELECCIÓN DE PERSONAL	CANTIDAD
Procesos de selección iniciados	2
Procesos de selección terminados	2



- *Análisis de resultados*

Se realizaron dos procesos de selección de personal, para lo que se realizó una entrevista inicial y la aplicación de los instrumentos psicométricos presupuestos en la descripción de procedimiento para este eje de intervención. Posteriormente a la realización del informe se envió a la jefe, quien realizó revisiones y ajustes necesarios para luego ser entregado a la organización demandante de dicho proceso de selección de personal.

- *Dificultades presentadas*

No se contó con la descripción del cargo a ocupar por lo que no se conocían claramente las funciones a desempeñar por candidato a la vacante ni las competencias consideradas necesarias por la organización para la ocupación de la vacante. Esto hizo complicado prever los puntos a profundizar en la realización de la entrevista.

Dado lo recién mencionado, se hizo necesario considerar desde el desconocimiento los posibles puntos importantes a indagar. Se considera importante instituir como requisito

obligatorio para todo proceso de selección de personal el exigir a la institución demandante, enviar dichos documentos, importantes para un adecuado proceso de evaluación.

8. Conclusiones

Para mí la práctica profesional adquirió el estatuto de punto límite entre dos fronteras: La frontera de la vida estudiantil y la frontera de la vida laboral. En esa medida constituyó el espacio y tiempo propicio para concluir y ajustar lo que era necesario para cerrar una vieja etapa; y para repensar lo hasta ahora construido para comenzar a trabajar –en todo el sentido de la palabra-, y abrirle los brazos dispuesta y preparada a la nueva etapa que se avecina.

A propósito de ello escuche de un transeúnte de mi vida –que no hay como citar sino más que del libro del recuerdo- “*Cuando un ciclo se acaba, otro comienza*” En ese sentido, la práctica profesional no se acaba, mas se transforma a nuevos estadios de realidad que entrañan muchos elementos similares. Es así que me parece importante respecto a este año de mi vida, reflexionar para poder hacer de este cierre, algo fructífero y que le aporte a mi siguiente jornada.

La práctica profesional para mi, más que la representación de algo acabado –la formación académica-, representa el punto de partida a partir del cual comienza realmente la formación. Esto en tanto que –además de afianzar y de darle un correlato más allá de lo meramente abstracto a los conceptos-posibilita, a partir del mismo ejercicio laboral, la emergencia del deseo de saber más, la emergencia del deseo de una formación y una búsqueda casi que autodidacta –por decirlo de alguna manera-; es decir, los obstáculos que se pudieron presentar en el ejercicio laboral, motivaron al “profesional” a estudiar y a esforzarse más para intentar resolverlos, así fuera solo en el campo de la comprensión.

De igual manera la práctica es el tiempo en el que comienza la formación en tanto que es el momento en el que se facilita la clarificación de los campos o áreas de la psicología en los que uno presenta mejor desenvolvimiento y respecto a los cuales podría

presentarse un mayor gusto personal. El lograr estas claridades van delimitando el campo en el que uno se esfuerza más por fortalecerse profesionalmente y el que le va indicando a uno de algún modo, el camino a seguir una vez uno haya terminado la formación de pregrado.

A pesar de lo recién afirmado, la práctica me permitió el ejercicio en la mayor parte de los campos de la psicología. En esa medida me abrió un panorama sobre aquellos fuerte y débiles que quedaron como resultado de mi formación académica y también, el reconocer que, a pesar de la inclinación por una de los campos, se hace importante el tener claridades bien fundamentadas respecto a todo en tanto que, somos PSICÓLOGOS, no psicólogos clínicos, sociales, organizacionales etc., sino psicólogos, y se hace en ese orden de ideas necesario ser como tal, integral y “armarse” con las herramientas suficientes para afrontar cualquier oferta de trabajo-oportunidad que se nos presente.

De igual manera este carácter plural de mi práctica profesional, me permitió en los diferentes espacios académicos al interior del CAPSI (Presentación de caso clínico) el diálogo constructivo y respetuoso con diferentes y opuestas vertientes teóricas a las que yo militaba, asunto hartamente positivo en la formación profesional.

No solo ejercita elementos del lado del respeto a las diferencias etc., sino que, precisamente el ver la contraparte -teórica, de la visión de sujeto psicológico y de la manera de abordarlo- del punto en el que uno se encuentra, permite la generación de preguntas precisamente respecto de la propia posición, ya sea para la modificación de ciertos elementos tenidos hasta ese momento como certeros o precisamente para continuar por lo pronto, en ese orden de la certeza.

Por otro lado, el ejercicio práctico no solo tocó con los asuntos académicos y teóricos, más puso en juego definitivo –confrontando y poniendo a prueba-, lo construido y alcanzado a nivel personal. Me refiero al asunto de la puntualidad, de la responsabilidad, de la perseverancia, la transigencia, el respeto y la humildad. Nunca se deja en casa cual traje lo que se es como persona, más hace mella o facilita el ejercicio laboral; en esta medida la

práctica profesional también permitió que el practicante se hiciera preguntas y en ocasiones, que se generaran transformaciones, alrededor de estos asuntos. Podría afirmar que esto es una de las cosas más valiosas que me llevo de esta experiencia, la transformación que la práctica generó en mi ser, en mi subjetividad.

9. Recomendaciones

-Se recomienda seguir prestando los espacios de formación académica -correspondientes a las horas de revisión de caso clínico y a las horas de revisión de tema con la Docente Yamile Bocanegra- ya que enriquecen indudablemente el ejercicio práctico, tanto en el campo de la psicoterapia como en el campo de la evaluación psicológica.

Se recupera de dichos espacios, amplias retroalimentaciones que enriquecieron los procesos psicológicos discutidos y que dieron una mayor experticia en la puntuación e interpretación de diferentes pruebas psicométricas, fundamentales para el ejercicio psicológico en esta institución.

-Se considera importante que la institución reevalúe las posibilidades de remuneración económica a los practicantes del CAPSI ya que esto se supone un elemento que en cierta medida beneficiaría los asuntos motivacionales a la hora de trabajar y representaría un reconocimiento valioso del trabajo realizado por los practicantes; esto, no obstante se tiene en cuenta que la motivación primera es precisamente el aprender y ejercitarse en el ejercicio profesional.

Este punto a pensar, ya que resulta paradójico que el espacio de práctica que hace parte de la misma universidad de formación, no reconozca lo justo de un pago en tanto otras instituciones o empresas, ajenas a nuestro proceso de formación, sí tienen en cuenta el asunto de la pertinencia del pago.

-Se considera pertinente y beneficioso para el cumplimiento de las diferentes fechas de entrega de los informes de evaluación a los pacientes, determinar un horario fijo tanto para las asesoras que acompañan el proceso de elaboración del informe, como para la jefe que evalúa y aprueba dichos informes.

Esto posibilitaría ser más rigurosos con el cumplimiento de nuestra palabra frente al paciente y evitaría el tener que interrumpir incomoda y constantemente a dichos colaboradores para que saquen un tiempo de su agenda, posiblemente, ya de antemano organizada.

-Se recomienda repensar las relaciones de poder que evidentemente se presentan entre COMFAMILIAR y el CAPSI. Esto puesto que es claro que, dado el gran aporte económico de COMFAMILIAR –asunto que posibilita el sostenimiento y mantenimiento del CAPSI- éste mismo se permite llevar a cabo acciones que van en contra de uno de los motivos principales de la razón de ser de CAPSI: La formación académica y profesional de sus practicantes.

Habrán de buscarse nuevas fuentes de ingreso para que el CAPSI pueda ser autónomo no solo en el desarrollo de sus actividades psicológicas, sino en la toma de decisiones con respecto a sus practicantes.

- Se considera importante instituir como requisito obligatorio para todo proceso de selección de personal el exigir a la institución demandante, enviar dichos documentos, importantes para un adecuado proceso de evaluación.

10. Referencias bibliográficas

-Cordie, A. (1995). El lugar de los padres en la cura analítica del niño *Revista Analectas*. 38-41 Medellín: Ed. Asociación del Campo Freudiano de Colombia.

-Espinoza, O. (2006). Pensar después de Freud *Revista Pensamiento y Psicoanálisis*. Num. II. Pereira

-FAVRE, A. (2008). La consulta de los padres por su hijo *Revista FORT-DA Psicoanálisis con niños*. N° 10 (10 Noviembre 2008). Recuperado el 15 de noviembre de 2009 de <http://www.fort-da.org/>

-Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En: Obras completas, Volumen XII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, 1998

-Freud, S. (1930 [1929]). El malestar en la Cultura En: Obras completas, Volumen. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, 1998

-Gutierrez, G. (2002). *El taller reflexivo*. Medellín: Ed. Universidad Pontificia Bolivariana.

-Izaguirre, M.A. (1994). *Psicoanálisis con niños*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de la Facultad de Humanidades UCV.

-LACAN, J. Seminario XI. Ed. Paidós. Edición Francesa

- Lacadée, P. (1995). La verdad de la pareja familiar *Revista Analectas*. 29-37. Medellín: Ed. Asociación del Campo Freudiano de Colombia.

-MALAVER, J. (2008). Emergencia, creación y autonomía En la ontología de Castoriadis
Revista Pensamiento y psicoanálisis, 6, Pereira. 7-11.

-Mesa, M. (2006). *Clínica psicoanalítica con niños*. Seminario no publicado.

-Schejtman, F. (2004) La trama del síntoma y el inconsciente. Buenos aires, Argentina:
Producción Editorial Factoría Sur

-Silvestre, D. (1998). *Problemas y particularidades de la demanda de análisis en instituciones* En: El significante de la transferencia. Buenos Aires: Manantial.

-Solano, S. (1993). *Clínica Psicoanalítica con niños en la enseñanza de Jaques Lacan*.
Medellín: Ed. CEPAN

Apéndices

Cronograma

MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Atención Clínica																								
Planeación Talleres Psicoeducativos																								
Ejecución Talleres																								
Conceptualización clínica con niños y adolescentes																								
Casos clínicos																								
Construcción marco teórico CAPSI																								
Selección de personal y orientación vocacional	DEPENDE DE LA DEMANDA																							

Nota: La 4 semana corresponde al período inter-semesteral de descanso