

Ingeniería de precisión para el ejercicio de la psicología en el Ecuador

Precision engineering for the practice of psychology in Ecuador

Rodrigo Moreta-Herrera¹

Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ambato

Área temática: Formación de los Psicólogos en los países iberoamericanos. Historia de la Psicología y la profesión. Formación académica de pregrado y posgrado. La preparación para el ejercicio profesional.

Resumen

El ejercicio de la Psicología en el Ecuador presenta limitaciones y desafíos ligados a la calidad y la técnica de la práctica profesional. Si bien hoy se accede a los nuevos avances en modelos teóricos de interpretación de la conducta, la intervención y el instrumental de medición, aún es complejo reflejarlo en la eficacia terminal del quehacer profesional. Los principales inconvenientes que se discuten son los errores de precisión y aproximación que inician con la evaluación y el diagnóstico y que repercuten en impresiones inexactas, falsas positivos y la aplicación de una intervención errónea, excesiva e innecesaria, con consecuencias como negligencia, costos elevados e insatisfacción. Se consideran como causales, las limitaciones en la investigación y la medición psicológica, la práctica en base a modelos de intervención sin bases en evidencias y pragmatismo social, la formación del psicólogo y el campo laboral actual. Se concluye que es importante la mejora en las prácticas clínicas centradas en la calidad

¹ Psicólogo Clínico y Máster Universitario en Psicología. Profesor investigador de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Ambato. Personal de investigación en Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Contacto: rmoreta@pucesa.edu.ec

de la formación y el quehacer del profesional de la psicología, para proporcionar a la comunidad ecuatoriana un trabajo con elevados estándares de calidad.

Palabras clave: Aproximación, calidad, diagnóstico, psicólogo, precisión.

Abstract

The Psychology' exercise in Ecuador presents limitations and challenges linked to the quality and technique of professional practice. Although today we can access new advances in theoretical models of behavioral interpretation, intervention and measurement instruments, it is still complex reflecting this, in terminal efficacy of professional work. The main drawbacks that are discussed are the precision and approximation errors that begin with the evaluation and the diagnosis and that have an impact on inaccurate impressions, false positives and the application of an erroneous, excessive and unnecessary intervention, with consequences such as negligence, high costs and dissatisfaction. The limitations in research and psychological measurement, the practice based on intervention models without evidence bases and social pragmatism, the training of the psychologist and the current labor field are considered as causal. It is concluded that it is important to improve clinical practices focused on the quality of training and the work of the psychology professional, in order to provide Ecuadorian's community a work with high quality standards.

Keywords: Approach, quality, diagnosis, psychologist, precision.

INTRODUCCIÓN

La anécdota con la que pretendo dar inicio a esta reflexión, para visualizar el espíritu de este escrito y que desde luego lo inspiró, es el artículo de la BBC intitulado “China: Cómo el país de las copias no había logrado hasta ahora replicar un sencillo bolígrafo” (Atkinson, 2017), en el que se detalla según el periodista que lo escribió que el poder industrial de china hoy en día le permite a este país construir autos, computadores, electrodomésticos e incluso enviar personas al espacio; y todo esto gracias a esa gran capacidad para imitar con elevada fiabilidad (pero no exacta) un sin fin de productos y ponerlos a la veta. Sin embargo, aún hay cosas que aún no logran replicar con calidad, como lo es un simple bolígrafo, en especial por la dificultad para la elaboración de la ‘bolita’ dispensadora de tinta en la punta. Pues, al parecer estos artilugios requieren de una considerable ‘ingeniería de precisión’ y con la que China actualmente aún no cuenta. Ya que se necesita de una maquinaria de alta precisión, de personal capacitado y de materia prima de calidad específica. Y por lo tanto, el producto final no resulta ser el más competitivo en el mercado mundial.

Cuando leí este artículo, consideré que precisamente mucho de esto sucede acá también en el Ecuador y en nuestra región, pero desde luego en el campo de la psicología y sobretodo en los resultados finales que derivan de la práctica profesional (aunque esto sin duda se extiende a otras profesiones y campos). Pues, si bien es cierto, que el acceso a la información, el equipamiento y la formación actualizada sobre métodos y técnicas en el diagnóstico y la intervención psicológica en los distintos campos de aplicación (como la clínica por ejemplo), están al alcance de las universidades y centros de formación psicológica públicas y privadas, no se cuenta ni con la infraestructura, ni los recursos o el personal capacitado para generar una práctica psicológica competitiva dentro y fuera país.

Existe una gran dificultad en el Ecuador y América Latina en responder a la dinámica entre la calidad y la evaluación acerca de la psicología y en especial a la evaluación externa (Di Domenico & Piacente, 2011) e incluso a la evaluación social. La consecuencia obvia de estas limitaciones, se las observa en el resultado final del ejercicio profesional en los ámbitos laborales y en el desempeño de las universidades. Desde la óptica de los beneficiarios se recogen anécdotas sobre la insatisfacción de los pacientes e instituciones con respecto a la seriedad del trabajo, de los resultados esperados y/o prometidos, de la relación costo-beneficio y la confianza social que se le deposita al psicólogo; mientras que desde la óptica profesional se manifiestan limitantes con respecto a la efectividad y la tasa de éxito alcanzado en la intervención psicológica; y los procedimientos para los procesos requeridos de atención psicológica.

En esta línea de pensamiento, es interesante notar los datos que muestran resultados de la práctica psicológica en sus distintas instancias de aplicación, la satisfacción del beneficiario, la búsqueda de servicios de salud mental y la calidad del servicio es escasa para la región y nula para el Ecuador. Con este ensayo, lo que se pretende es invitar al lector e invitarnos a nosotros como profesionales de la psicología a la autocrítica como un ejercicio de mejora continua para configurar un marco de trabajo amplio e integral sobre los elementos que se necesitan alcanzar para mejorar la práctica de la atención psicológica.

Es indudable, no inferir que en el Ecuador como en otros países existen una enorme cantidad de limitantes externos e internos que dificultan el desarrollo pleno y satisfactorio del quehacer del psicólogo o psicóloga. Está claro que entre los limitantes externos se encuentran las políticas sobre salud mental que no compaginan adecuadamente, así como la manera en que deben ser manejados por los cuerpos gubernamentales. También por la tendencia que se le da al manejo de la salud mental, la

cual es centrada ampliamente en los síntomas manifiestos de los pacientes y la perspectiva individualista de la psicopatología (MSP-E; OPS, OMS, 2008), por lo que la práctica de una psicología preventiva y comunitaria, así como de sus instituciones es escasa. También, están los limitantes en torno a los recursos económicos con los que se manejan y a la manera en cómo son distribuidos y canalizados hacia las poblaciones de mayor requerimiento y vulnerabilidad.

Sin embargo, hablar sobre estos limitantes en este trabajo no es el objetivo, pues la idea es reflexionar sobre los limitantes internos, que más bien competen con la formación del psicólogo/a y la práctica profesional. Pero que requieren de un análisis profundo para generar un proceso de empoderamiento de la problemática, de discusión y de propuestas pragmáticas de soluciones para brindarle a la profesión esa mejora continua tan necesaria.

Entonces, ahondando en este aspecto, se considera importante revisar en este texto algunos aspectos de la práctica y la formación que dejan tras de sí, cierto rastro de incomodidad y malestar en la rama profesional y de afines con quienes se comporte espacios similares y en definitiva en las y los usuarios de los servicios psicológicos ecuatorianos, que en general se exponen sobre los problemas en la precisión diagnóstica, en la intervención psicológica y en la formación profesional.

Problemas de precisión en el diagnóstico

Este primer ejercicio de reflexión, se refiere a la problemática que emana de los procesos diagnósticos y a la tipificación de las condiciones psicológicas de los usuarios. Así, cabe señalar ciertos ‘pecados’ que se cometen dentro de la práctica clínica, educativa u organizacional de la psicología ecuatoriana. Entre ellas, el uso insuficiente

de las pruebas psicológicas para la evaluación psicológica de niños, adolescentes y adultos, así como de pruebas psicológicas sin ser adecuadamente validadas o estandarizadas, el exceso de pruebas proyectivas entre otras.

Uso insuficiente de pruebas psicológicas. Por una parte, se percibe que predomina esa necesidad de diagnosticar tan solo al ‘ojo’ en una o en pocas sesiones y con el menor uso de instrumentos posibles, como una necesidad imperante del psicólogo dar en el blanco con los ojos vendados sin el auxilio de los recursos técnicos a plena disposición. Claro está que la experiencia y la práctica con el tiempo pulen la capacidad de ‘deducir’ rápidamente del psicólogo la condición a través del reporte sintomatológico del paciente. Pero que esta práctica lo realicen los estudiantes en formación y los profesionales de reciente grado que en muchos casos no tuvieron supervisión o formación agregada, da mucho para pensar.

Esto es mucho más frecuente cuando el ejercicio se lo realiza en la práctica privada o en un espacio en el que hay mucho margen para tomar decisiones sin la necesidad de reportar los procedimientos. Sin embargo, cuando el trabajo es en instituciones públicas u ONG’s, entonces, el uso de las pruebas psicológicas en muchos casos, solo cumple con una función de mera formalidad para evidenciar y rendir cuentas del trabajo psicológico desempeñado y cumple con una función de ‘ajuste’ carente de sentido en la realización de los diagnósticos. Pues es probable que se tenga previamente una estimación pre-estimada de la situación de la condición del paciente que se niega internamente a ser corroborada por las pruebas.

Es señal clara de la presencia de un sesgo a la hora de diagnosticar, en el que los procesos de toma de decisiones (Cortada de Kohan, 2008), se ven enturbiados por vagas

creencias de seguridad infalible y emociones de confianza extrema, que descartan la posibilidad (elevada desde luego) del error. El uso de estas prácticas alivian la carga procedimental del psicólogo y en muchos aspectos simplifican el proceso diagnóstico regular, salvo por el mal diagnóstico que se reporta (en constantes ocasiones) y que en muchos casos el paciente o beneficiario intuitivamente en varios casos termina dándose cuenta. Y que posteriormente va develándose ante la comunidad de psicólogos por la queja del mismo usuario, que en incontables veces realiza un peregrinaje por la ciudad en busca de un profesional que den con la causa de su sufrimiento o que responda satisfactoriamente ante sus necesidades profesionales.

De esta manera se está olvidando que para actuar de manera competente, los psicodiagnósticos deben tener una idea precisa de lo que los exámenes pueden o no reportar y que para funcionar éticamente se debe actuar en consecuencia, expresando meramente opiniones en consonancia con el estado actual de los datos de validez (Weiner, 1985).

Uso de pruebas psicológicas no validadas y estandarizadas. En los pocos casos en que se utilizan las pruebas psicológicas, estos en su gran mayoría no son validados al contexto nacional. Es decir, que no atraviesan por un proceso metodológico de validación para garantizar los resultados alcanzados y cotejarlos con la restante información (Meliá, 2001). En este aspecto destacan los problemas de instrumentalización de la evaluación psicológica basada en las teorías de medición psicológica, por dificultades en el entendimiento y la puesta en práctica de la psicometría. Los profesionales especializados en procesos metodológicos y de medición de la conducta en el Ecuador son escasos y por lo tanto, el uso de las pruebas y test psicológicos que cuenten con criterios metodológicos de adaptación y estandarización a

nuestro contexto son raros de encontrar. Y además, no es una preocupación táctica de profesores, estudiantes, cuerpos colegiados y practicantes de la psicología a resolver.

Esta situación es un mal del que se padece desde hace décadas y constituye una falla estructural desde los principios de la institucionalización de la psicología en el Ecuador, creando serios problemas de incompatibilidad y adaptación a las tendencias y estándares regionales e internacionales. Claro está que se realizan intentos en los últimos años para contrarrestar este problema y esporádicamente aparecen análisis instrumentales como los trabajos de Peña Contreras y otros (2017); Moreta-Herrera, Durán-Rodríguez y Gaibor-González (2018) intentando cumplir con los criterios técnicos para su uso en nuestra población.

Preferencia por la aplicación de pruebas proyectivas. Este es otra característica con la que uno se suele encontrar, la predilección que tienen los psicólogos/as por el uso excesivo de pruebas proyectivas. Sobre todo para obtener un *screanning* rápido, global y certero de la condición del paciente. Si bien es cierto, las pruebas proyectivas son un gran complemento de apoyo en los diagnósticos y tratamientos, no considero tan eficiente el reporte de un diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia o del consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2014) con la tan sola aplicación del test de la casa, el árbol y la persona (Rocher, 2016) o el test de frases incompletas (Sacks & Levi, 1967); cómo en ciertas ocasiones he encontrado al revisar informes psicológicos (sobre todo en aspectos periciales).

Desde luego, que este comentario no tiene como fin desmerecer el legado teórico, ni la eficiencia de las pruebas en mención, ni en apoyo que brinda para el diagnóstico. Sino el ilustrar el uso excesivo, preferencial e inadecuado de dichas pruebas que son utilizados aun cuando su finalidad no es compatible con la necesidad

evaluativa presente del paciente o tratante y que aun así lo usan los evaluadores como una práctica de búsqueda del ‘mínimo esfuerzo’.

Problemas en la tipificación de la condición del paciente. Es obvio que como resultado de estas prácticas erróneas enunciadas, se darán problemas en la correcta tipificación de la condición del paciente. Así, se considera, que en unos casos se presentan exageraciones o interpretaciones sobredimensionadas de la sintomatología del paciente, por lo que se le otorga al paciente una condición psíquica (trastorno), cuando en realidad no la tiene. Se evidencia una situación de error de tipo I ($\alpha-1$) o ‘falso positivo’ (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2007) en el que por fallas en los procedimientos, conocida como validez interna (Hidalgo, 2016) se ratifica una hipótesis diagnóstica cuando en la realidad es inexistente. Esto, muchas veces da a lugar la tendencia ‘psicopatologizadora’ hacia el paciente por mal ‘interpretar’ a través de la maximización de las condiciones inusuales o extrañas y tomarlos como signos y síntomas de un trastorno específico, cuando no lo tiene.

La situación contraria, en el que se infravaloran los indicadores sintomatológicos del paciente también es probable y se concluye que no presenta una condición psicopatológica cuando en verdad esta existe como tal. En este caso, se comete error de tipo II ($\beta-1$) (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2007) o ‘falso negativo’. En la experiencia docente y en la práctica clínica en el Ecuador, esto sucede sobretodo por la flatua formación psicológica y el de los procedimientos antes mencionados, el excesivo ‘optimismo’ que le atribuye a la conducta humana propugnada en ciertas teorías psicológicas, el negacionismo de la psicopatología entre otras. En ambas condiciones, en esencia, predomina un sesgo de atribución erróneo por mala interpretación de los datos del paciente y de la recolección como tal.

Claras consecuencias de estos errores, sucede con las dificultades para acertar un diagnóstico, debido a los errores de ‘precisión’ y de ‘aproximación’. Así por ejemplo, en el primero, nos encontramos que los síntomas no coinciden plenamente con los criterios diagnósticos de los manuales de referencia e inferimos erróneamente que son los manuales los que están mal y que no se cotejan con la realidad de los pacientes; mientras que en el segundo se llega a la identificación del grupo categórico de un trastorno, como puede ser el grupo de los Trastornos del Estado de Ánimo, pero no al trastorno específico, es decir, sin la capacidad de resolver adecuadamente los diferenciales.

Problemas de precisión en la intervención psicológica

Como resultado de los problemas que conllevan a la identificación de una condición psicológica específica, se establecen claros problemas a la hora de delimitar, cribar o categorizar al paciente o consultante y por ende dilucidar en el tipo de intervención pertinente.

Delimitación entre un problema de salud mental o un trastorno. El resultado de un mal diagnóstico conlleva al problema de decidir acerca de la intervención que responda a un problema en el curso normal de la salud mental, que generalmente se deriva de la interacción de la vida diaria (Organización Mundial de la Salud, 2001) y que su intervención requiere de procesos orientativos, preventivos o de fortalecimiento. O por el contrario, responda ya a condiciones de trastorno mental que concuerdan con criterios diagnósticos alojados en manuales específicos como el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2008), el CIE-10 (World Health Organization, 1992) u otros textos; en el que la intervención psicológica ya es correctiva para ciertos casos o de

soporte a largo plazo en otros. Así, esto puede llevar a situaciones en el que la aplicación de un proceso psicológico ordenado y con una recuperación rápida y eficaz es complejo de alcanzar.

Desde este punto de vista, las dificultades en la adecuada categorización del paciente conllevan a la realización de esfuerzos ineficientes, erróneos e inexactos de la intervención, que contribuye al desgaste del profesional, del paciente y de los recursos de la psicología que tienen para estos casos.

Ausencia en el uso de protocolos de intervención. Así como se incurre en la práctica del uso de pruebas estandarizadas para el diagnóstico psicológico o análisis similares, también es frecuente que en los procesos de intervención psicológica, no lleve a cabo la aplicación ni a nivel personal como política institucional de protocolos de evaluación e intervención psicológica. Entre los aspectos importantes de esta temática resalta que los protocolos de intervención existentes no se aplican, o no se lo hace con la rigurosidad del caso; es decir, se da una elevada ‘improvisación’ en el proceder psicoterapéutico. La psicoterapia (con fuerte tendencia correctiva), se reducen tan solamente a la puesta en marcha métodos y técnicas aisladas, a veces procedentes de distintas corrientes psicológicas o incluso de fuera de la psicología, generalmente centradas en el sufrimiento del momento.

Desde un punto de vista metodológico, existen limitantes para la implementación organizada de los protocolos por la falta de análisis de la eficiencia de los tratamientos en boga, los que encuentran en desarrollo y aquellos nuevos tratamientos. Existe a veces además, una defensa ‘doctrinaria’ y ‘fanática’ de ciertos modelos terapéuticos, sin apoyar dicha defensa en evidencia estadística o clínica tanto la eficacia como la validez (interna o externa) (Villar, 2015). El desarrollo de la psicología

experimental es pobre y limitado; y considerando que en el Ecuador, tradicionalmente la intervención en salud mental es más curativa que preventiva (Aguirre Clavijo, 2016; Ullauri *et al.*, 2015), se hace necesario también la elaboración de protocolos de intervención preventiva en contextos como el comunitario, el hospitalario primario y el social; desde luego sin dejar de lado los ensayos clínicos para condiciones de mayor especificidad.

Problemas en la ‘dosificación’ del tratamiento. Como se dijo anteriormente, que el no seguir protocolos incurre en la ineficiencia de la intervención, en muchos casos, el tiempo, el número de sesiones o técnicas de intervención psicológica es excesivo e insistente sobre una condición que no amerita propiamente dicha cantidad. Esto porque no se aplican criterios de evaluación del proceso terapéutico y mucho menos a través del uso de estimadores del cambio conductual en los procesos de intervención; como por ejemplo, los índices de cambio fiable o de significación clínica (Jacobson & Truax, 1991). Para que sirvan como mecanismos evaluación continua, seguimiento y toma de decisiones a través de los resultados clínicos (Iraurgi Castillo, 2010) y del cambio terapéutico basada en la evidencia y la medición psicológica (Medina & Bernal, 2016).

Así, los problemas de precisión a través de la psicoterapia muestran como puntal de análisis y revisión comprende la eficiencia terminal de la intervención que como resultados obvios se relacionan con los tiempos de trabajo, los costos y los recursos enfocados en alcanzar o no los objetivos señalados.

Psicopatologización del contexto social. Aunque menos técnico, el aspecto laboral del psicólogo tiene que ver con el nivel de intervención en los ambientes de trabajo. Y es que en el Ecuador por ejemplo, en el caso del psicólogo clínico (con una

alta formación en psicopatología) labora en el campo educativo, laboral, social, comunitario (Moreta-Herrera & Guerrero-Escobar, s.f.), esto debido a la cantidad elevada de profesionales de este ramo y la baja demanda que existen en el contexto hospitalario y que los empuja a desplazarse a otros ambientes laborales.

Estos profesionales se encuentran atendiendo sobre problemas situacionales a su contexto, más que a problemas de salud mental o psicopatología. El efecto evidente, es el sesgo de ‘psicopatologizar’ cualquier condición que amerite una revisión psicológica y que se le otorgue como tratamiento la psicoterapia. Aun cuando el paciente en realidad requiera psicorrehabilitación, orientación vocacional, intervención social o laboral entre otras, o como en muchos casos no requiera de intervención alguna.

Es muy probable que al psicólogo clínico le cueste diferenciar correctamente las demandas de los usuarios, o que su ‘ojo’ sea excesivamente fino que le lleve a ‘sobrestimar’ los problemas, en especial cuando se tiene experiencia limitada y por lo tanto incurra equivocarse al precisar la real condición del paciente al aislar el contexto en el que se encuentra. Ya que como se sabe la formación específica del psicólogo clínico no lo capacita en aspectos como comportamiento organizacional o procesos de enseñanza-aprendizaje por así ejemplificarlo.

El resultado son los diagnósticos erróneos por negligencia y que a futuro llevan a los subsecuentes problemas previamente reflexionados. Que además, violan tácitamente la declaración de Estrasburgo (World Council of Psychotherapy, 1990), sobre los derechos que tienen los usuarios acerca de los procesos de intervención psicológica.

Problemas en la formación del psicólogo en el Ecuador

Ahora con respecto a los errores de aproximación que se vienen mencionando en el trabajo del psicólogo, es extremadamente necesario mencionar el aspecto de la formación; pues como se podrá evidenciar, la formación del psicólogo en el Ecuador, es distinta a las tendencias y estándares internacionales en educación superior (UNESCO, 2011) y esto a lo largo de los años trae consigo enredos y dificultades en la operatividad del trabajo psicológico y pugnas internas sobre la calidad del trabajo del psicólogo.

Dificultades en la administración educativa

En las dos últimas décadas la gran mayoría de universidades ecuatorianas graduaron a los psicólogos con cinco años aproximadamente, la titulación de pregrado del psicólogo adjunto a una especialidad (psicólogo clínico, psicólogo organizacional, psicólogo educativo, otros), omitiendo la formación inicial de Licenciado/a en psicología para posteriormente cursar una formación de posgrado afín a un campo específico.

Esto generó desde luego un esfuerzo por centrar la formación del futuro psicólogo en su campo de aplicación a costa de la formación generalista inicial y en el que se sacrificaron principios básicos de enseñanza superior. La perfecta analogía al caso es equivalente al formar ginecólogos sin ser previamente médicos generales. Desde luego, provocó en los graduados y en la sociedad misma, una falsa ilusión de suficiencia real en las competencias profesionales del psicólogo y a enormes desajustes en el mercado laboral, a problemas con la homologación de títulos para estudios en el extranjero, al aislamiento de la comunidad de psicólogos del Ecuador, entre otros.

Si bien es cierto que la reforma universitaria intenta corregir estos ‘excesos’ en la autonomía universitaria para la psicología y otras carreras (Consejo de Educación

Superior, 2014) a través del rediseño de las carreras ajustadas al Código Internacional de Normalización de la Educación (UNESCO, 2011), la resistencia y las presiones políticas entre los distintos hace que el estado desista de seguir con rigurosidad sus propios reglamentos en favor de las necesidades particulares y económicas de las universidades, sin considerar la pertinencia real de las carreras a sus contextos, la internacionalización y la movilidad estudiantil. Un aspecto clave de estos son los procesos de acreditación por carreras y por universidad en el Ecuador (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010) que de alguna manera fuerzan a la comunidad académica a ‘adherirse’ a criterios de calidad, aunque estos criterios de calidad a veces son puestos por las mismas universidades nacionales y no son cotejados por los estándares internacionales.

Dificultades en la convivencia social

Además, como existe una demanda elevada para la formación de psicólogos clínicos, por el *status* social del título (una especie de ‘supertítulo’ que le permite operar en todas las condiciones posibles), la universidad ecuatoriana pública, privada y cofinanciada, se gasta una cantidad significativa de sus presupuestos en formar psicólogos clínicos en detrimento de otras formaciones, para que los primeros al final, no logren ejercer su trabajo en centros hospitalarios y de salud mental, sino que terminen como operarios comunitarios, consejeros estudiantiles o promotores de salud mental (Moreta-Herrera & Guerrero-Escobar, s.f.), cuando eso en esencia le corresponde a los psicólogos generales, comunitarios, sociales, de la salud, educativos u otros. La situación es equivalente a formar a un psiquiatra (incluso becándolo), para que ejerza en un centro de atención primaria brindando consulta en medicina general.

Esto a fin de cuentas, resulta tremendamente ineficiente a nivel educativo, económico (estudiante y estado) y social, que desplaza la operatividad real del psicólogo y la diversidad de aplicaciones en general. Haciendo de ‘menos’ a otros psicólogos frente al psicólogo clínico. Mientras que en el caso de los clínicos/as, la seriedad profesional se ve comprometida y relegada a una especie de profesión de salud de segunda clase frente a los profesionales de las ciencias médicas.

Las pugnas internas y externas que se desencadenan entre los distintos bandos lo que hacen es desgastar el contexto social y laboral, desacreditar el trabajo específico de cada campo de acción y ponernos entre los colegas en posiciones ‘reaccionarias’ que impiden la convivencia armónica. Los colegios y federaciones nacionales en muchas provincias no existen o se encuentran en procesos de formación estancados, mientras que los gremios institucionalizados tienen un uso limitado y sin un trabajo en función de grandes objetivos nacionales.

Dificultades en la investigación

También, se debe mencionar que las universidades del Ecuador cuentan con limitaciones procedimentales en el uso y la práctica del método científico. Por falta de profesionales formados y experimentados en investigación psicológica; recursos limitados e incluso ‘nulos’ para el desarrollo de la investigación, la carencia de infraestructura como laboratorios, equipos e instrumental especializado. Los datos del SCImagojr (Scimago Lab, 2018) muestran que el país cuenta con un aporte científico de 107 documentos en el área general de la psicología mientras que en psiquiatría y salud mental existen 46 dejando al país en las posiciones 13 y 14 respectivamente en el espectro de Latinoamérica durante los últimos diez años. Con todo esto, el intercambio de conocimiento y el aporte científico es bajo en relación a otros países de la región.

De manera agregada, existe un desprendimiento significativo de la formación integral del psicólogo como lo es en el aprendizaje de las matemáticas, la estadística (Ramos-Galarza, 2017), la metodología de la investigación, la economía, entre otras. Hecho que provoca grandes problemas en la cuantificación y cualificación de los resultados en psicología y la toma de decisiones. Así, se evidencia hoy y no solo en el Ecuador a una especie de divorcio de la psicología con estas ciencias de soporte, diluyendo en este proceso esa cualidad 'interdisciplinaria' hacia un simple reduccionismo utilitario en el que la técnica y el control de los procesos se entorpece.

CONSIDERACIONES FINALES

En esta breve reflexión se intenta emitir una crítica de nuestra realidad ecuatoriana centrada en los problemas de precisión del trabajo profesional. Aunque esto comprende un elemento complejo y delicado, tanto para el escritor por el uso de su incómoda opinión, en el que se exponen las grandes problemáticas; lo es también para la profesión misma, pues nos expone a la opinión pública y científica y nos muestra inmaduros, inconsistentes o muy flexibles por las dificultades en el rigor. Aun así, esto corresponde a los retos a superar en el futuro próximo. Aunque este trabajo puede ser sujeto de contracríticas y reprimendas, pero la autocrítica es necesaria para fortalecer el ejercicio de la psicología, para mejorarla e integrarla en los distintos sistemas y mecanismos mundiales de convivencia.

Y cuando se trata de mejoras, es en referencia a los procesos de calidad en el quehacer del profesional de la psicología, en áreas sensibles como la valoración psicológica de un paciente, las técnicas pertinentes de medición psicológica, el diagnóstico psicológico más preciso y la subsecuente intervención, agregando eso sí, la

mejor optimización de los recursos. Después de todo, no se debe olvidar, que al final, la psicología también es un ejercicio económico, más allá de considerarlo como un ejercicio humanista y centrado en el sufrimiento y el dolor de las personas. Es decir, que debe responder a aspectos como eficacia, eficiencia, efectividad, resultados basados en evidencia, control de recursos, responsabilidad social entre otros. Porque al final, necesitamos hacer un compromiso con la calidad entre el profesional de la salud a través de los servicios de salud y sus beneficiarios, sean estas personas naturales o jurídicas.

Los retos que se plantean a tratar se refieren a la necesidad de potenciar la investigación tanto de la psicología como ciencia, como del trabajo del psicólogo y su impacto en la sociedad, a cuentas de no mostrarnos ante ellos como perezosos y difusos. Es decir, desarrollar un proceso inclusivo de una cultura de evaluación y de difusión de resultados partiendo de los hallazgos y las evidencias encontradas. Para estimular, el acercamiento hacia los nuevos conocimientos, la tecnología y las nuevas demandas globales que se le exige a la psicología.

Así mismo, el perfeccionamiento en la precisión diagnóstica para acercarnos a la exactitud del fenómeno psíquico, por medio del perfeccionamiento de las técnicas de recolección de datos y la instrumentalización psicológica, para así disminuir los diagnósticos inexactos que conllevan a una psicoterapia o intervención innecesaria, negligente, desgastante e invasiva para el paciente o económicamente ineficiente. Este proceso requiere, desde luego, la revaloración de los aportes que nos dan las ciencias encargadas de la medición psicológica y las de soporte, pues aunque tengan su crítica, estimulan la precisión con la que se interpreta la condición del paciente; y que como se mencionó anteriormente, existe una pérdida de interés y de gusto al rigor técnico y metodológico.

También comprende un reto la formación de los psicólogos y de los profesionales, la práctica de una psicología basada, en el que se puedan debatir con severidad científica y pragmatismo social el uso y la aplicación de las corrientes y los enfoques psicológicos y los modelos psicoterapéuticos en base a resultados a través de protocolos de intervención. Pues así, en justicia se puede discutir la práctica de métodos y técnicas que puedan ser nuevos, caducos, inaplicables, escuetos o de dudosa valía. Desde este aspecto, es necesario fomentar una cultura de evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos desde una psicología basada en la evidencia (Moriana & Martínez, 2011).

Finalmente se precisamente anotar los problemas de precisión en las prácticas psicológica, pues se debe considerar la responsabilidad ética y legal del psicólogo. Pues los diagnósticos erróneos motivados por una mala praxis profesional, pone en condición de riesgo y vulnerabilidad no solo a los usuarios de los servicios de salud, sino al profesional mismo de la psicología de afrontar a futuro procesos legales en el que puede ser llevado ante los tribunales de justicia como suceden en otros países (Esbec & Echeburúa, 2016) y también en el Ecuador.

Es por ello la importancia de mejorar en las prácticas clínicas con ciencia, intercambio e investigación para como se dijo al inicio de este texto proporcionar en la psicología ecuatoriana mayor competitividad e internacionalización en nuestra región y el resto del mundo.

REFERENCIAS

- Aguirre Clavijo, A. (2016). *Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Panamericana.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2010). *Ley Orgánica de Educación Superior*. Quito: Registro Oficial.
- Atkinson, S. (10 de 01 de 2017). *News - Mundo*. Obtenido de China: cómo el país de las copias no había logrado hasta ahora replicar un sencillo bolígrafo: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-38576649>
- Consejo de Educación Superior. (2014). *Reglamento de Régimen Académico*. Quito: Registro Oficial.
- Cortada de Kohan, N. (2008). Los sesgos cognitivos en la toma de decisiones. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 68-73.
- Di Domenico, D., & Piacente, T. (2011). Acreditación en Psicología en el Cono Sur de América. *Psicología para América Latina*, 22, 1-18.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Mala praxis en Psicología Clínica y Forense a la luz de los tribunales de justicia españoles: un análisis exploratorio. *Psicología Conductual*, 24(1), 179-196.

- Hidalgo, L. (2016). Confiabilidad y validez en el contexto de la investigación y evaluación cualitativas. *Sinopsis Educativa. Revista venezolana de investigación*, 5(1-2), 225-243.
- Iraurgi Castillo, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud mental*, 8(36), 105-122.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Medina, C. L., & Bernal, G. (2016). La medición en el cambio psicoterapéutico: Hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 19(1), 223-244.
- Meliá, J. (2001). *Teoría de la Fiabilidad y la Validez*. Valencia: Cristobal Serrano.
www.uv.es/psicometría.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*. Quito: MSP-OMS-OPS.
- Moreta-Herrera, R., & Guerrero-Escobar, E. (s.f.). El Psicólogo Clínico en el Ecuador. Análisis sobre formación y campo laboral. *Pensamiento psicológico*, enviado.
- Moreta-Herrera, R., Durán-Rodríguez, T., & Gaibor-González, I. (2018). Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) en una

muestra de estudiantes del Ecuador. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10(3), en prensa.

Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Fortaleciendo la prevención de salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Peña Contreras, E. K., Lima Castro, S. E., Bueno Pacheco, G. A., Aguilar Sizer, M. E., Keyes, C. L., & Arias Medina, W. P. (2017). Fiabilidad y validez de la Escala del Continuum de Salud Mental (MHC-SF) en el contexto ecuatoriano. *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232.

Ramos-Galarza, C. (2017). El abandono de la Estadística en la Psicología de Ecuador. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(2), 135-137.

Rocher, K. (2016). *Casa, árbol, persona: Manual de Interpretaciones del test*. Castellón, España: Kaicron.

Sacks, J., & Levi, S. (1967). El test de frases incompletas. En Abt, & Bellak, *Psicología proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Scimago Lab. (20 de 06 de 2018). *Scimago Journal & Country Rank*. Obtenido de Country Rankings:

<https://www.scimagojr.com/countryrank.php?area=3200®ion=Latin%20America>

Shaughnessy, J., Zechmeister, E., & Zechmeister, J. (2007). *Métodos de investigación en psicología* (7ma ed.). México: McGrawhill.

Ullauri, D., Guillén, X., Ochoa, J., León Mayer, E., & Folino, J. O. (2015). Servicios universitarios en la interfaz del derecho y la salud mental: el caso de la Universidad de Cuenca, Ecuador. *Revista Criminalidad*, 57(3), 103-117.

UNESCO. (2011). *Clasificación Internacional Normalizada de la Educación*. Montréal: Instituto de Estadística de la UNESCO.

Villar, C. G. (2015). Introducción a la lectura crítica de artículos: diseño de estudios y sesgos. *Radiología*, 57, 3-13.

Weiner, I. (1985). On Competence and Ethicality in Psychodiagnostic Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 827-831.

World Council of Psychotherapy. (1990). *Declaración de los derechos referidos a la psicoterapia, los psicoterapeutas y los usuarios*. Estrasburgo: World Council of Psychotherapy.

World Health Organization. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. World Health Organization.