Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2024,
Volumen 8, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3

LA PRIMERA PERSONA EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: MÁS ALLÁ DE LAS CIENCIAS NATURALES Y DEL MÉTODO CIENTÍFICO

THE FIRST PERSON IN CLINICAL PSYCHOLOGY: BEYOND THE NATURAL SCIENCES AND THE SCIENTIFIC METHOD

Viviana Andrea Arboleda-Sánchez
Universidad de Manizales, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12062

La Primera Persona en la Psicología Clínica: Más Allá de las Ciencias Naturales y del Método Científico

Viviana Andrea Arboleda-Sánchez[1]
vaarboleda81249@umanizales.edu.co
https://orcid.org/0000-0003-0051-0740
Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica, certificada en Logoterapia y Análisis Existencial, Doctoranda en Filosofía.
Docente e investigadora de la Universidad de Manizales
Colombia

RESUMEN

La psicología clínica constituye un campo de actuación de la psicología enmarcado en las ciencias sociales y humanas, la cual ha soportado su rigor científico al asumir las propuestas epistemológicas, teóricas y metodológicas de las ciencias naturales. Desde finales de la Edad Media hasta el Siglo XX y la actualidad, las posturas naturalistas adoptadas en la psicología clínica han permitido ofrecer explicaciones a los procesos mentales y sus alteraciones, generando mayores entendimientos sobre la enfermedad. No obstante, es menos lo que se ha discutido respecto a la comprensión del enfermo. Este artículo aborda las aproximaciones teóricas en el ámbito de la psicología clínica y los aportes de René Descartes, John Locke, Charles Darwin, Francis Galton, Wilhelm Wundt, James McKeen Cattell, Lightner Witmer y William Healy. Así mismo, se consideran cuestiones en torno al método científico, su ideal de certeza y sus implicaciones en la psicología clínica alrededor de la pregunta por la voz de la primera persona del paciente. Finalmente, se consideran cuestiones como la iatrogenia y la injusticia epistémica en el ámbito de la psicoterapia, mediadas por la primacía de la tercera persona de la ciencia en los procesos de intervención psicológica. Finalmente, se relacionan otras aproximaciones integradoras que defienden la relación horizontal entre la segunda persona del profesional y su consultante, de cara a tener una visión más amplia de la persona y su realidad.

Palabras clave: psicología clínica, ciencias naturales, método científico, psicoterapia

[1] Autor principal
Correspondencia: vaarboleda81249@umanizales.edu.co

The First Person in Clinical Psychology: Beyond the Natural Sciences and the Scientific Method

ABSTRACT

Clinical psychology is a field of action of psychology framed in the social and human sciences, which has supported its scientific rigor by assuming the epistemological, theoretical and methodological proposals of the natural sciences. From the end of the Middle Ages to the twentieth century and the present, the naturalistic positions adopted in clinical psychology have made it possible to offer explanations to mental processes and their alterations, generating greater understandings about the disease. However, less has been discussed regarding the understanding of the patient. This article addresses the theoretical approaches in the field of clinical psychology and the contributions of René Descartes, John Locke, Charles Darwin, Francis Galton, Wilhelm Wundt, James McKeen Cattell, Lightner Witmer and William Healy. Likewise, questions about the scientific method, its ideal of certainty and its implications in clinical psychology around the question of the patient's first-person voice are considered. Finally, issues such as iatrogenesis and epistemic injustice in the field of psychotherapy are considered, mediated by the primacy of the third person of science in the processes of psychological intervention. Finally, other integrative approaches are related that defend the horizontal relationship between the second person of the professional and his or her client, in order to have a broader vision of the person and his or her reality.

Keywords: clinical psychology, natural sciences, scientific method, psychotherapy

Artículo recibido 24 mayo 2024
Aceptado para publicación: 27 junio 2024

INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad mental han sido objeto de estudio de ciencias naturales como la biología y la química, así como de diferentes disciplinas influenciadas por ellas: la psiquiatría, la biología humana, la genética clínica, la neurología, la neurofisiología, la neurociencia cognitiva y otras áreas de las neurociencias. La psicología, considerada una ciencia social y humana, también ha realizado investigaciones significativas en este ámbito. Sin embargo, desde la segunda mitad del siglo XIX, se ha observado que, para que las contribuciones de la psicología sean consideradas *científicas* y cuenten con validez y rigor, deben acercarse cada vez más al modelo de las ciencias naturales. Así, los objetos de estudio de la psicología (la mente, el comportamiento y el ser humano mismo) son abordados desde estas dos vertientes: ciencias naturales y ciencias sociales y humanas. En palabras del reconocido psicólogo experimental colombiano, Rubén Ardila (2007, p. 403), "la psicología ha utilizado el método de las ciencias naturales, es parte de la historia natural, además de ser una ciencia social y del comportamiento".

La psicología presenta diferentes campos de actuación. Uno de ellos es el clínico, el cual aplica los conocimientos, principios e instrumentos que se derivan de la investigación científica en la atención de la salud mental y emocional de los individuos, ayudándolos a mejorar y promoviendo su bienestar (Hecker & Thorpe, 2015). Este campo promueve estrategias que les permiten a las personas enfrentarse a las situaciones problémicas de la vida cotidiana por medio de técnicas enmarcadas en procesos investigativos que validan su eficacia (Korchin, 1976 como se citó en Bernstein & Nietzel, 1982). La psicología clínica es considerada el pilar del ejercicio disciplinar del psicólogo, requerido para el desarrollo de la actividad profesional en otros campos como el educativo, el social-comunitario, el organizacional, el jurídico-forense, el deportivo, el militar, entre otros. Este campo disciplinar aborda las cuestiones de los individuos a partir de sus bases genéticas, neurobiológicas y neuroquímicas, así como de las funciones que facilitan el procesamiento de la información y de los aspectos del contexto sociocultural que moldean el pensamiento y la conducta. Aunque cada enfoque psicológico aborda los aspectos biológicos de manera distinta (por ejemplo: en la psicología humanista no se hace el mismo énfasis en las cuestiones hereditarias como en el enfoque cognitivo-comportamental), sí se tienen en cuenta en

los diferentes momentos del encuentro terapéutico, reconociendo el rol de la dimensión orgánica en el pensamiento, la conducta y la constitución integral de la persona.

La psicología clínica está relacionada con la psicología de la salud, también denominada medicina conductual (Ribes, 1979 como se citó en Luzoro, 1992) la cual aborda la influencia de los factores psicosociales y comportamentales en la salud y la enfermedad. De este modo, ambos campos de acción permiten realizar un abordaje integral de los fenómenos humanos, abarcando condiciones tanto saludables como patológicas y generando estrategias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental. Si bien se ha considerado que la práctica de la psicología clínica incluye una relación menos directa entre el paciente y el profesional, a diferencia de la psicología médica (Alonso-Fernández, 1989), los procesos de intervención psicoterapéutica y las circunstancias actuales que motivan a las personas a acudir a la consulta psicológica demuestran que la interacción psicólogo-consultante no solo debe limitarse al conocimiento de los procesos de salud y al abordaje de la psicopatología, sino que debe fundamentarse en el interés por el bienestar del individuo o del grupo.

Teniendo en cuenta lo anterior es posible observar que, en primer lugar, la psicología clínica se fundamenta en el método científico de las ciencias naturales, de cara a generar procesos de evaluación e intervención rigurosos y basados en la evidencia; en segundo lugar, defiende la importancia de la voz del paciente o consultante, colocándolo en el centro del proceso de intervención. Así, se presentan tres personas en la ecuación terapéutica: primera persona del paciente o consultante, segunda persona del profesional y tercera persona de la ciencia. No obstante, si la psicología clínica ha asumido el método de las ciencias naturales, ¿cómo ha sido esa relación entre perspectivas naturalistas y subjetividades y cómo impacta esto en la praxis y en el reconocimiento de la experiencia de primera persona del paciente? Y, en este orden de ideas, ¿cuáles son las implicaciones epistémicas de hacer uso del método científico al abordar fenómenos humanos? Estos son algunos de los aspectos que se discutirán en este artículo.

DESARROLLO

Psicología clínica: aproximaciones teóricas

El abordaje de los procesos de salud implica el reconocimiento de los problemas mediados por cuestiones históricas, teorías y paradigmas que se emplean para abordar los distintos fenómenos de estudio (Díaz-Walls, 1989). La epistemología, el estudio del conocimiento, requiere de la intervención de un sujeto (el científico), quien da significado a la realidad observada, por lo que su adquisición y su validez, en lugar de ser absolutas, están sometidas de manera inherente a la subjetividad (Gershenson, s.f.). Por ende, desde la perspectiva epistemológica, el conocimiento constituye un proceso más que un estado, el cual, aunque no cuente con una validez absoluta, sí está en constante mejoramiento, buscando ser cada vez superior (Piaget, 1972).

De otro lado, el análisis centrado en las realidades ónticas, que defiende las cualidades innatas de los fenómenos, implica la búsqueda de respuestas teniendo presente la importancia de los objetos o elementos tal como son, en lugar de concederla a la interpretación de un observador. En este sentido, desde este análisis el observador no entra en la escena, sino que lo que adquiere relevancia es el objeto en sí (Gershenson, s.f.). Esta propuesta es coherente con los estudios enmarcados en las ciencias naturales. Sin embargo, en el contexto de las ciencias sociales y humanas, la realidad es diversa y el fenómeno no siempre puede sujetarse a un mismo patrón de comportamiento.

El abordaje desde las ciencias sociales y humanas en diálogo con las ciencias naturales ha buscado integrar elementos epistemológicos, teóricos y metodológicos, lo cual ha permitido abordar los objetos de estudio teniendo en cuenta la voz de la primera persona del consultante, la de la segunda persona del profesional y la de la tercera persona de la ciencia. Todo esto se realiza de cara al perfeccionamiento del conocimiento y al trabajo interdisciplinar en el que los actores desempeñan un rol activo en la generación de conocimiento (Piaget, 1972). En el contexto de la psicología clínica, esto permite que el profesional genere procesos de investigación científica junto con otras disciplinas (como la biología, la fisiología, las neurociencias y las ciencias biomédicas) y las condiciones del contexto sociocultural (las percepciones, las creencias, las actitudes y las representaciones sociales).

Pese a lo anterior, las rutas metodológicas todavía constituyen fuente de discusión, donde pareciera no darse una relación horizontal entre ciencias naturales y ciencias sociales y humanas. Así, en el campo de la psicología clínica y los procesos de salud se observa la clasificación de la conducta anormal basada en la evidencia científica (American Psychological Association [APA], 2006; 2014; Arias, 2014), pero también se encuentra el reconocimiento de lo anormal mediado por una cultura y su conjunto de recursos interpretativos (Gershenson, s.f.).

Los cambios históricos en torno al entendimiento de lo normal y lo anormal han sido graduales, observándose desde finales de la Edad Media el desarrollo de las ciencias naturales y la incorporación de sus aportes a las ciencias sociales y humanas, dando lugar a puntos de encuentro entre evidencia y experiencia. Por esta razón, para el psicólogo clínico es fundamental conocer su disciplina en términos históricos y científicos. Teniendo esto en cuenta, a continuación se relacionan los aportes de algunos autores, cuyos estudios y discursos han contribuido a esta relación.

El racionalismo de René Descartes

La concepción de René Descartes (1596-1650) sobre el hombre constituye un punto de partida esencial para el estudio del cuerpo (σῶμα - *sôma*) y del alma (ψυχή - *psykhḗ*) en la ciencia y en la filosofía modernas. Descartes hizo énfasis en la razón, el innatismo y la concepción dualista del ser (Monroy, 1989). En el contexto de la psicología, el énfasis cartesiano en los conceptos de *psykhḗ* y *sôma* constituye un punto de partida para el estudio de las interacciones cuerpo-mente.

Descartes propuso una serie de reglas para la adquisición del conocimiento, que fueron la duda metódica, el análisis, la síntesis y la comprobación (González et al., 2010), puntualizando en la necesidad de abordar los objetos de estudio de manera ordenada y sistemática. *Meditaciones metafísicas,* una de las obras de Descartes, es considerada el texto fundador del método cartesiano, en el cual propone dudar de todo conocimiento que se asume como cierto. En su primera meditación, Descartes defiende la utilidad de la duda, motivando al desprendimiento de los sentidos, los cuales pueden engañar al individuo con ilusiones falsas que asume como realidad (Descartes, 2010a [*AT*, 165-170]). En su segunda meditación, manifiesta que de lo que no duda es de que él existe, lo cual constituye una verdad porque piensa; es decir, porque piensa es que

Descartes sabe que existe (Descartes, 2010a [*AT*, 170-174]). Es el acto de pensar el que le permite a Descartes asumir su existencia como una verdad. En su sexta meditación, Descartes presenta la distinción entre el espíritu del hombre y el cuerpo, afirmando que la gran diferencia que existe entre estas dos entidades es que mientras el cuerpo puede dividirse en sus partes, el espíritu es indivisible (Descartes, 2010a [*AT*, 217]).

El empirismo de John Locke

Contrario a los postulados cartesianos, John Locke (1632-1704) llegó a ser el empirista inglés más influyente. Locke consideró en su obra *An Essay Concerning Human Understanding* (Ensayo sobre el entendimiento humano, publicado en 1690) que el conocimiento no obedece a principios innatos en el hombre, sino que estos se aprenden por medio de la experiencia (Locke, 1956). Por ende, Locke puntualiza dos asuntos: primero, en la investigación, con el fin de identificar el origen de las ideas y verificar la validez del conocimiento que las contiene; segundo, en el rol del entendimiento, el cual le permite al hombre ubicarse como un ser superior a todas las demás criaturas (Monroy, 1989). En el ámbito de la psicología, los postulados empiristas de Locke constituyen la base para la experimentación, teniendo presente su importancia para el aprendizaje. Teniendo en cuenta lo anterior, en el campo de la psicología clínica y los procesos de salud, el abordaje de la experiencia permite identificar la influencia de los factores familiares, escolares, laborales, comunitarios y culturales que rodean a un sujeto y que influyen en el bienestar o en el desarrollo de la psicopatología. Posterior al empirismo de Locke surgió el positivismo lógico, según el cual se da más importancia a la investigación de la lógica científica que a la filosofía misma, promoviendo la generación de proposiciones demostrables a través de un lenguaje claramente definido (natural, matemático o lógico) y la verificación a partir de operaciones concretas que permitan comprobar su veracidad (Díaz-Walls, 1989).

La teoría evolucionista de Charles Darwin

La teoría de la evolución de las especies formulada por Charles Darwin (1809-1882) en su obra *On the Origin of Species* (El origen de las especies, publicada en 1859), constituyó un punto de viraje en el entendimiento de la herencia, la supervivencia y la adaptación de los seres vivos, incluido el hombre. La concepción de permanencia aceptada por los teóricos hasta la época fue

reemplazada por la de transformación, generada por procesos aleatorios. Darwin propuso las bases de la biología moderna y del estudio del origen de los seres vivos, defendiendo las variedades de los organismos vivos a partir de una sola o varias especies (Darwin, 1988).

La idea básica de la herencia formulada en la teoría evolucionista de Darwin constituyó una postura en contra de la teoría de la tabula rasa, según la cual el ser humano nace sin ningún tipo de característica innata o predisposición, como Locke lo había propuesto previamente (Locke, 1956). La comprensión del principio fundamental de la herencia propuesto por la teoría evolucionista permitiría afirmar que capacidades desde las más básicas, como los reflejos, hasta las más complejas, como el aprendizaje del lenguaje, tienen bases biológicas, dejando en entredicho la teoría pre-darwiniana de la tabula rasa (Popper, 1972).

La teoría evolucionista de Darwin ha sido ampliamente aceptada en la psicología, ya que se ha considerado relevante en la comprensión de las bases biológicas del comportamiento, los instintos y las diferencias individuales, dando lugar a subdisciplinas como la psicología genética, centrada en el origen biológico de los procesos psicológicos (Manrique 2011).

La eugenesia y la evaluación de la inteligencia de Francis Galton

Francis Galton (1822-1911) "estudió medicina y matemáticas y trabajó después en áreas tan diversas como la estadística, la meteorología, la electricidad, la geografía y la identificación de las personas por medio de las huellas digitales" (Bernstein & Nietzel, 1982, p. 33). Galton realizó pruebas de agilidad mental a miles de personas en su natal Inglaterra, así como observaciones de sus características físicas, con el fin de medirlas y clasificarlas según su apariencia y belleza, así como su inteligencia, en aras de perfeccionar la raza inglesa (Strickland, 2001). Galton hizo énfasis en el estudio de las diferencias individuales de las personas a través del análisis estadístico, de modo que fundó en 1882 un laboratorio antropométrico en el que medía las habilidades motoras y el tiempo de respuesta de sus evaluados, logrando realizar comparaciones entre individuos a través de datos cuantitativos (Phares & Trull, 1999). En 1885, Galton estableció en Londres el primer centro de pruebas para evaluar la capacidad mental (Bernstein & Nietzel, 1982). Galton, quien era primo de Charles Darwin, realizó importantes contribuciones a la psicometría a través de los estudios que desarrolló en poblaciones de sujetos según la raza, defendiendo, con

base en la teoría evolucionista, que las características psicológicas se transmitían genéticamente (Galton, 1892). También planteó que, para mejorar estas características, era necesario que solamente sobrevivieran los individuos más aptos (Collier et al., 1996 como se citó en Manrique, 2011). De este modo, Galton propuso la *eugenesia,* según la cual buscaba el perfeccionamiento genético de la raza a través de la selección de los individuos con mejores características, entre ellas, la inteligencia (Strickland, 2001). No obstante, los principios de la *eugenesia* propuestos por Galton fueron tergiversados, empleándose posteriormente para promover el genocidio racial en Estados Unidos en el siglo XX (Diamond, 1977), así como el nazismo de Adolf Hitler, en la búsqueda de la supremacía de la raza aria (Manrique, 2011).

Entre las principales obras de Galton se encuentran *Hereditary genius* (Genio hereditario, publicado en 1869), *Inquiries into human faculty and its development* (Consultas dentro de la facultad humana y su desarrollo, publicado en 1883) y *Record of family faculties* (Record de las facultades familiares, publicado en 1884), escritas en inglés (Diamond, 1977). Galton se dedicó durante veinte años a proponer numerosos procedimientos para evaluar y medir la conducta humana, especialmente la inteligencia y la genialidad, las cuales consideraba resultantes de la herencia; de este modo, aunque en el año 1883 en Europa y en Estados Unidos ya se empleaban pruebas basadas en el modelo chino para la selección de personal, a Galton se le atribuye el título de padre de la psicometría (Bernstein & Nietzel, 1982).

La psicología experimental de Wilhelm Wundt

El médico alemán Wilhelm Wundt (1832-1920) fundó en 1879 el primer laboratorio de psicología en Leipzig (Alemania), en el cual, bajo condiciones relativamente controladas, se investigaron procesos psicológicos como la sensación y la percepción (Compas & Gotlib, 2002). El laboratorio de Wundt acogió a psicólogos norteamericanos que viajaron a Alemania para recibir formación doctoral, entre ellos William James, quien cuatro años antes que Wundt había iniciado un laboratorio experimental en Harvard (Strickland, 2001). El propósito de los trabajos realizados en Leipzig consistía en otorgar cientificidad a la psicología al emplear los principios y conocimientos de la fisiología, ya que, si bien la psicología abordaba constructos filosóficos como la relación cuerpo-espíritu, se buscaba estudiar el comportamiento humano desde la observación y la

experimentación, principios fundamentales del método científico (Bernstein & Nietzel, 1982). En la introducción de su obra *Grundzüge der physiologischen Psychologie* (Principios de psicología fisiológica, publicado en 1874), Wundt afirmó que la psicología fisiológica ante todo es psicología y que, con el adjetivo *fisiológico,* se hace referencia al aprovechamiento que hace la psicología de los medios que la fisiología dispone para el estudio de los procesos conscientes (Wundt, 1902). De este modo, la construcción teórica de la conducta humana trascendería el discurso filosófico y lograría estudiarse en el laboratorio bajo condiciones experimentales.

Otras obras de Wundt fueron: *Die Lehre von der Muskelbewegung* (La teoría de los movimientos musculares, publicado en 1858), *Die Physicalischen Axiome und ihre Beziehung zum Causalprinzip* (Los axiomas físicos y su relación con el principio causal, publicado en 1866), *Logik* (Logica, 1880-1883), *Ethik* (Ética, publicado en 1886), *System der Philosophie* (Sistema de la filosofía, publicado en 1889), *Grundriss der Psychologie* (Plano de la psicología, publicado en 1896), *Völkerpsychologie* (Psicología social, publicado en 1900) y *Sinnliche und übersinnliche Welt* (Mundo sensual y suprasensible, publicado en 1914), escritas en alemán (Blumenthal, 1985).

Las pruebas mentales de James McKeen Cattell

El primer psicólogo estadounidense que se interesó en estudiar las diferencias individuales fue James McKeen Cattell (1860-1944), quien luego de encontrarse con Galton en Europa, intentó desarrollar en 1890 una batería bajo el concepto de *pruebas mentales*, las cuales pudieran emplearse para evaluar a todos los individuos (Strickland, 2001). Cattell, quien se había graduado como doctor en Leipzig siendo dirigido por Wundt, había fundado en 1888 el tercer laboratorio de psicología estadounidense, en el cual se enfocó en desarrollar su batería de pruebas estandarizadas, empleando como indicador de la capacidad mental las funciones sensoriomotoras (Bernstein & Nietzel, 1982).

Aunque no contaba con la aprobación de Wundt, Cattell enfatizó en las diferencias en los tiempos de respuesta entre sus evaluados como índice de inteligencia, tal como lo consideraba Galton, llegando a desarrollar diez baterías de *pruebas mentales.* Con su propuesta, Cattell buscaba medir e interpretar la inteligencia, pero reconociendo que, aparte de la teología, no hay mayor tema de

discusión tan amplio en la investigación científica como la herencia humana (Cattell, 1924). De esta manera, contribuyó como pionero en la evaluación a través de pruebas (Phares & Trull, 1999). Entre las principales obras de Cattell se encuentran: *American men of science* (Hombres de ciencia estadounidenses, publicada en 1906), *University control* (Control de la universidad, publicada en 1913), *Democracy in university administration* (La democracia en la administración universitaria, publicada en 1914), *The interpretation of intelligence tests* (La interpretación de las pruebas de inteligencia, publicada en 1924) y *The scientific approach to emotional problems* (El acercamiento científico a los problemas emocionales, publicada en 1934) publicadas en inglés, además de fundar en 1894, junto con el también psicólogo estadounidense James Mark Baldwin, la revista *Psychological Review* (Pillsbury, 1947).

La psicología clínica de Lightner Witmer

El psicólogo estadounidense Lightner Witmer (1867-1956), quien es considerado el padre de la psicología clínica, estudió las causas de los problemas de aprendizaje en los estudiantes, ayudando a los niños a mejorar su rendimiento académico (Witmer, 1907). Witmer fundó la primera clínica de psicología en el año 1896 y adelantó estudios sobre el proceso psicológico de la percepción en Estados Unidos, luego de obtener su doctorado en Europa bajo la dirección de Wundt y también propuso el concepto de psicología clínica (Compas & Gotlib, 2002).

Las contribuciones de Witmer a la psicología clínica incluyen la fundación de la revista *The Psychological Clinic* en el año 1907, la primera revista de psicología clínica, en la cual describía las valoraciones que realizaba a los niños con problemas de la conducta y del aprendizaje (Phares & Trull, 1999). Witmer también consiguió que la Universidad de Pensylvannia iniciara cursos de psicología entre los años 1904 y 1905, además de fundar un internado adscrito a sus clínicas para individuos con alteraciones mentales (Bernstein & Nietzel, 1982).

El estudio de las conductas disruptivas de William Healy

El psiquiatra inglés William Healy (1869-1963) se dedicó a tratar los casos de menores con conductas disruptivas que requerían la atención de las autoridades, sobre quienes afirmó que padecían algún tipo de enfermedad mental, causal del comportamiento problemático y la cual, al ser intervenida, disminuiría la condición de riesgo en el futuro (Healy, 1915). Para ello, en 1909

Healy fundó una clínica para atender a jóvenes en esta condición, cuyas intervenciones se realizaban desde el enfoque psicoanalítico (Compas & Gotlib, 2002). De este modo, Healy aportó al abordaje de la psicopatología juvenil desde los problemas de comportamiento que implicaban afectaciones, no solamente desde el contexto social hacia el sujeto, sino desde éste hacia su entorno.

Entre las contribuciones de Healy a la psicología clínica, orientadas a la evaluación e intervención de niños y adolescentes, se destaca la propuesta del *diagnóstico psicológico* a partir de la patología individual que realizó en su Instituto Juvenil de Psicopatía, creado en la casa de detención de la ciudad de Chicago (Strickland, 2001). En esta clínica, un equipo interdisciplinar realizaba sus intervenciones bajo los postulados freudianos (Phares & Trull, 1999). De este modo, los enfoques psicológicos clásicos comenzaron a vincularse el contexto de la evaluación y el diagnóstico clínico.

Los aportes de estos autores contribuyeron significativamente a darle a la psicología clínica el carácter de disciplina basada en la evidencia científica, en un método riguroso y en el uso de técnicas rigurosas, facilitando puntos de encuentro entre ciencias naturales y ciencias sociales y humanas. No obstante, la defensa del rigor enmarcada en el método científico sigue dejando en pie una cuestión: si bien se ofrecen explicaciones basadas en la evidencia respecto a los procesos y sus alteraciones estudiadas, así como principios y técnicas para su medición y evaluación, ¿dónde se ubica la voz de la primera persona del consultante?

El ideal de certeza en el método científico

Para iniciar, es importante abordar el método científico y sus implicaciones en el contexto de la psicología clínica. La palabra método procede del término griego μέθοδος, que significa “procedimiento” o “camino” (Pabón, 1967, p. 382). Por ende, conviene examinar cuál ha sido el camino o ruta que ha seguido el método científico. Viniegra (2014) refiere que ese camino ha sido el reduccionismo. En campo de actuación clínico, lo psicológico se ha estudiado principalmente desde los procesos cognitivos, dejando en un segundo plano el rol de los factores socioculturales (Mescouto et al., 2022).

Tal como lo describe Viniegra (2014, p. 253), el reduccionismo constituye "una postura epistemológica que sostiene que el conocimiento de lo complejo debe ser, obligadamente, a través de sus componentes más simples, o que un sistema complejo solamente puede explicarse por la reducción hasta sus partes fundamentales". El método científico ha asumido en su discurso y praxis esta postura al estudiar la salud y la enfermedad mental. Este tipo de reduccionismo, denominado reduccionismo biológico, afirma que la naturaleza humana sería comprensible totalmente en términos de lo orgánico, lo cual ha sido significativamente polémico, ya que focaliza su atención en los componentes de la biología que ejercen control sobre la vida de las personas (Honderich, 1995).

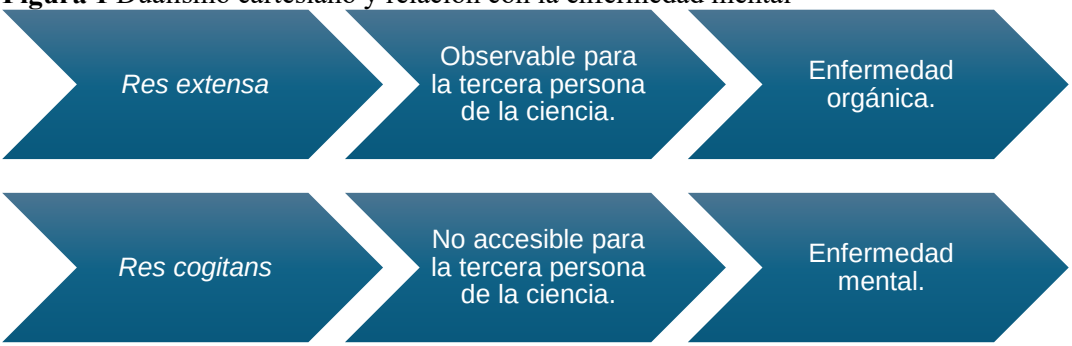
Para hacer referencia a estas cuestiones es preciso retomar a Descartes, mencionado en líneas anteriores. Descartes es considerado uno de los precursores de la ciencia reduccionista (Muñoz, 2021). Cabe resaltar que la propuesta de Descartes constituye la bisagra entre la Edad Media y la Modernidad. Aunque su discurso conserva un carácter teocéntrico, su propuesta facilitó posteriormente el cambio del entendimiento de la enfermedad mental como resultado de la posesión de fuerzas espirituales poderosas a una visión naturalista, centrada en la dimensión orgánica.

En los siglos XVI y XVII, época en que vivió Descartes, dicho entendimiento era necesario, teniendo presentes los tratos deshumanizantes a los que eran sometidas las personas con enfermedades mentales como resultado de, lo que se consideraba, maldición divina o posesión demoníaca. Así, un modelo que facilitara el entendimiento de la enfermedad desde lo orgánico y no desde las visiones teocéntrica o demonológica, le restaría poder a la Iglesia sobre los enfermos mentales y facilitaría la introducción de nuevos tratamientos basados en datos objetivos. Sin embargo, la propuesta cartesiana defendió un ideal de certeza que, si bien facilitaría el desarrollo de nuevos entendimientos sobre la enfermedad, se alejaría de la comprensión del enfermo.

En su obra *Reglas para la dirección del espíritu*, Descartes defendió su método como el camino para el alcance de la verdad y afirmó: "Rechazamos todos los conocimientos tan sólo probables y establecemos que no se debe dar asentimiento sino a los perfectamente conocidos y respecto de los cuales no cabe dudar" (Descartes, 2010b [*AT*, 5]). Con ello, Descartes le otorga valor a lo

demostrable y deductible (correspondiente a la *res extensa*) a través del método que él propone, en lugar de la inducción dada mediante la experiencia sensorial (correspondiente a la *res cogitans*). Esta perspectiva dualista y su aplicación en términos de la enfermedad mental se relacionan en la Figura 1.

Figura 1 Dualismo cartesiano y relación con la enfermedad mental



Nota. En su afán de acceder a la experiencia de primera persona a través de la observación y la medición, se ha intentado atribuir la enfermedad mental a causas orgánicas.

Aquí aparece el reduccionismo biológico. El criterio de certeza se aplicó a los objetos de estudio sujetos a la observación y a la medición, como ocurre con los aspectos biológicos y químicos, restando crédito a los fenómenos que no son observables ni mensurables y que corresponden a la primera persona. Por lo tanto, aunque Descartes propuso erigir el edificio del conocimiento sobre la base de la certeza absoluta del pensamiento, dejando en un segundo plano la subjetividad del individuo.

La organización de las cosas a partir de un método previamente trazado constituyó una de las premisas fundamentales de Descartes. Vargas-Restrepo (2014, p. 583) lo expresa de la siguiente manera:

> Entre las obras de Descartes, sobresalen dos que dan cuenta con más énfasis de la necesidad de acceder a la verdad de manera ordenada, es decir, con un método que oriente el camino a recorrer para obtener como propósito central un conocimiento sustentado en la verdad, la evidencia y la certeza; pero además que elimine cualquier posibilidad de confusión, incertidumbre y error.

Estas palabras hacen énfasis en la importancia dada por Descartes al orden y a un camino que permitiera poner a prueba el conocimiento. Así, el concepto de método podría definirse como una

sola ruta o camino previamente trazados para hallar el conocimiento, sustentados en la certeza y no en la incertidumbre, así como en la evidencia comprobable obtenida mediante una secuencia de reglas ordenadas.

Cuando los objetos de estudio pertenecen a las ciencias naturales, tales como los elementos químicos y los sistemas orgánicos, es posible hacer predicciones sobre su comportamiento, controlando sus variables y sometiéndolos a las reglas previamente descritas. En otros términos, el método propuesto por Descartes responde a las necesidades de las ciencias naturales. No obstante, ¿podría decirse lo mismo de los fenómenos humanos que hacen parte del estudio y la praxis en el marco de la psicología clínica? Si bien es cierto que el *organismo humano* está conformado por sustancias químicas, así como por estructuras y funciones capaces de ser sometidas a la predicción, ¿podría decirse lo mismo del *ser humano*?

Una respuesta afirmativa a esta pregunta, aunque sea de manera sutil, equivaldría a reducir al ser humano a sus aspectos bioquímicos, reforzando la visión de *compositum* del dualismo mente-cuerpo y dejando de un lado la comprensión del sujeto como totalidad. Este camino permitiría que disciplinas de las ciencias de la salud, así como de las ciencias sociales y humanas, adoptaran una visión fragmentada del sujeto y enfocaran sus investigaciones en el estudio del sistema nervioso, especialmente el cerebro, para intentar ofrecer explicaciones a procesos complejos como la cognición y las emociones humanas. Los resultados observables, medibles y comprobables se considerarían rigurosos y científicos, mientras que los aspectos no sujetos a la observación y a la medición tendrían poca credibilidad. Este escenario ubicaría al científico por encima de aquello que carecería de rigor, promoviendo relaciones verticales de poder. Sin embargo, ¿no es esto lo que se observa en contextos clínicos cuando los pacientes reclaman ser escuchados por profesionales que silencian su voz en nombre de la evidencia?

Tal como se refirió en líneas anteriores, el método científico establece que solamente lo perfectamente conocido, de lo cual no se pueda dudar, es merecedor de ser considerado cierto y verdadero, eliminando toda posibilidad de incertidumbre y confusión (Vargas-Restrepo, 2014). Sin embargo, la praxis clínica demuestra que pocos fenómenos son tan ricos en incertidumbre y confusión como las enfermedades mentales, demostrando otra insuficiencia del método científico.

Así, pese a su creciente entendimiento de las bases neurobiológicas de la enfermedad mental, el método científico ha demostrado ser incapaz de comprender la totalidad de la realidad cambiante de la persona del paciente.

Cabe señalar que, en el contexto de la psicología clínica, el comportamiento de las personas es tan impredecible que los diagnósticos deben cambiarse, y con ellos los planes de tratamiento. Esto no solamente genera incertidumbre y confusión para el paciente, sino también para el psicólogo, pues reconoce que está sujeto a múltiples cuestiones que se escapan a su conocimiento, por lo que la regla de comprobación del método científico demuestra no tener el alcance para abordar la complejidad de los fenómenos humanos.

Implicaciones epistemológicas

El método científico busca controlar, cuantificar y verificar datos. La psicología clínica ha integrado esa postura a su investigación y praxis. Así, sólo la evidencia, extraída tras aplicar el método y posteriormente replicada, es lo que se asume como verdad, convirtiéndose en modelo o paradigma, el cual constituye un conjunto de logros científicos, cuyas realizaciones carecen de precedentes y son lo suficientemente abiertas como para dejarle a sus defensores todo tipo de problemas que no han sido resueltos (Kuhn, 2013).

A la investigación que se basa en uno o más logros y que es reconocida por una comunidad particular como el fundamento para su práctica científica, el epistemólogo Thomas Kuhn la denomina *ciencia normal.* En contraste, el autor propone el concepto de *revoluciones científicas*. Tal como ocurre en el contexto político, Kuhn menciona que también existen revoluciones en la ciencia, es decir, “aquellos episodios de desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado, completamente o en parte, por otro nuevo e incompatible”, debido a que el anterior ha dejado de funcionar (Kuhn, 2013). Las *revoluciones científicas* permiten cambiar las maneras de investigar e intervenir un fenómeno, pese a la incomodidad que esto genere en sus defensores, dando respuestas a necesidades existentes y emergentes que, bajo el antiguo paradigma, no se lograban satisfacer.

Cabe señalar que, aunque los conceptos de *ciencia normal* y *revoluciones científicas* aplican fundamentalmente a las ciencias básicas y naturales, es posible afirmar que se extrapolan a las

aplicaciones de la psicología clínica. Esto se debe a que este campo disciplinar se ha basado significativamente en los postulados de ciencias naturales para ofrecer explicaciones a los procesos mentales y a sus alteraciones. Sin embargo, diversos cambios de paradigmas en psicología han sido agitadores, tal como ha ocurrido en las ciencias naturales. Algunos ejemplos son el paradigma de la neurodiversidad y los cambios en las clasificaciones psiquiátricas sobre la manera de entender las diversidades sexuales.

Otro ejemplo de revolución en el ámbito de la ciencia es el modelo biopsicosocial, propuesto en la década de 1970 por el psiquiatra estadounidense George Engel. El modelo biomédico de la época afirmaba que toda enfermedad mental se debía a causas orgánicas, discurso que era acogido por los psiquiatras de la época, sin embargo, la llegada del modelo biopsicosocial de Engel constituiría un cambio que amenazaría la manera tradicional de hacer ciencia y desacomodaría el sistema en el que se movían los clínicos y científicos del siglo XX (Engel, 1977). Pese a ello, los científicos convencionales, que no estuvieron dispuestos a asumir este cambio, siguieron haciendo énfasis en los aspectos biológicos que influyen en la enfermedad mental, desdibujando la propuesta inicial del modelo biopsicosocial (Mescouto et al., 2022).

Lo anterior también se observa en la actualidad. La ciencia se caracteriza por su estructura lógica y racional para producir nuevos saberes, así como por ser sistemática, verificable, falible y precisa (Pérez-Gómez, 1982). Aunque la realidad demuestra que esto no responde a las necesidades humanas en torno al entendimiento de la salud y la enfermedad ni promueve la relación horizontal entre clínico y paciente, el método científico sigue defendiendo el ideal de certeza (Viniegra, 2014). Así, aunque la crisis es real, no se presenta un cambio real de paradigma.

En las ciencias de la salud, el método clínico se aplica como método científico para estudiar los fenómenos a través de los siguientes pasos: primero, formulación del problema; segundo, obtención de la información a través de la entrevista y del examen; tercero, formulación de la hipótesis mediante la impresión diagnóstica; cuarto, comprobación y negación de la hipótesis a través de la realización de exámenes; quinto, contrastación de los resultados con la hipótesis; sexto, decisión sobre realizar o reiniciar el proceso; séptimo, evaluación de resultados (Arteaga & Fernández, 2010). Si bien la aplicación del método científico ofrece respuestas y permite

intervenir realidades clínicas, el problema se presenta cuando la ciencia se ubica por encima del paciente. Esto se evidencia en lo que menciona Álvarez (1996, p. 3):

> El objetivo de un método de adquisición de conocimientos es incorporar los conceptos mensurables interpersonales al conocimiento humano. Si el método no es muy riguroso, corremos el riesgo de incluir conocimientos verdaderos junto a conocimientos falsos, lo que producirá una visión deformada de la realidad.

El método clínico ha privilegiado la aplicación de un procedimiento riguroso para validar la información, haciendo énfasis en lo observable y lo cuantificable. Esto ha facilitado la exclusión de la postura del paciente en el diagnóstico, incluso la deshumanización, concediéndole mayor importancia a la medición de una variable y a la opinión del profesional de la salud, mediada por la misma tercera persona de la ciencia.

Justamente fue a esta postura a la que se opuso Engel cuando propuso el modelo biopsicosocial, afirmando que se debería tener en cuenta al paciente y criticando la visión biomédica de que la enfermedad podría explicarse completamente a través de factores orgánicos (Engel, 1977). Sin embargo, Engel también advirtió que la manera como los profesionales de la salud abordan las problemáticas está relacionada con los modelos conceptuales alrededor de los cuales está organizado el conocimiento (Engel, 1981). Los problemas en la aplicación del modelo biopsicosocial han generado que hoy se le considere positivista (Barbosa et al., 2019), en tanto la manera como está organizado el conocimiento en la praxis clínica da mayor importancia a aquello que es mensurable y verificable por el profesional de la salud, mientras promueve una relación vertical con su consultante, contrario a la propuesta inicial de Engel.

Iatrogenia e injusticia epistémica en el ámbito de la psicoterapia

Los aspectos anteriores no se quedan en los discursos teórico y epistemológico, sino que tienen implicaciones prácticas. En el contexto de la psicología clínica, la psicoterapia permite el tratamiento de la enfermedad mental a través de un encuentro entre dos o más personas, abordando tanto los aspectos problemáticos como los recursos personales que les permiten a los consultantes hacer conscientes sus posibilidades de cambio. Sin embargo, el espacio terapéutico también puede dar lugar a la iatrogenia. Esto ocurre cuando el psicólogo o el psicoterapeuta

aborda de manera trágica los hechos "fatídicos" de la persona (Lukas, 2003, p. 179), concediéndole mayor relevancia a su problema o a su enfermedad que a las áreas donde demuestra estar capacitada para enfrentarse a la vida.

La relación terapéutica vertical, donde el profesional se ubica como el experto en el conocimiento y la técnica mientras el paciente es el receptor pasivo, constituye un problema que se repite en los escenarios clínicos. Este hecho se traduce en actos de injusticia epistémica, un concepto que se emplea para hacer referencia al daño que una persona le causa a otra en el marco del estudio del conocimiento, haciendo un uso inadecuado de su poder (Fricker, 2017). Una persona incurre en injusticia epistémica cuando minusvalora la versión de otra, constituyendo una forma de discriminación, tal como lo expresa Fricker (2021, p. 97):

> Lo primero que debemos tener en cuenta es que este tipo de injusticia es, ante todo, una forma (directa o indirecta) de discriminación. La causa de la injusticia testimonial es un prejuicio que hace que un hablante sea minusvalorado y percibido como epistémicamente inferior (discriminación directa). Este hecho tiende a producir efectos negativos en cómo son percibidos y tratados estos hablantes, incluso en dimensiones no epistémicas, lo que constituye un efecto secundario de este daño intrínseco.

Estas palabras son significativas en el ámbito de la psicoterapia. La figura del psicólogo o del terapeuta suele ser vista con autoridad en contextos de salud mental. Los pacientes confían en los profesionales, viéndolos como los expertos, por lo que, repetidamente, asumen sus afirmaciones como verdades. Cuando el profesional se muestra como el experto en el problema o en la enfermedad del consultante y deja en un segundo plano su voz, lo minusvalora o discrimina. De igual modo, no se presenta en la ecuación terapéutica como una segunda persona, sino que asume el discurso de tercera persona donde, si privilegia el afán del rigor, pierde de vista al ser humano que son tanto él mismo como su consultante. Lo mismo ocurre si se focaliza la atención en el problema o la enfermedad y se pasan por alto los aspectos biográficos en los que se observan potencialidades.

Esta es una de las causas por las que, en repetidas ocasiones, los pacientes llegan a definirse a través de su diagnóstico, es decir, a reducir su ontología al trastorno que presentan, usando

expresiones como “soy ansioso”, “soy depresivo”, soy obsesivo-compulsivo”, “soy bipolar”, “soy dependiente” o “soy límite”. Al habitar el mundo desde el diagnóstico, un proceso que puede ser no consciente, la persona adopta una visión estática de sí misma, donde, en lugar de activar sus fortalezas y capacidades, anula su voz de primera persona y se percibe como incapaz e inhabilitada.

Aproximaciones integradoras

Algunas visiones antropológicas han propuesto que la persona constituye un ser que, para ser comprendido, debe ser visto como una totalidad. Tal es el caso de la logoterapia, propuesta por el psiquiatra, neurólogo y filósofo austriaco Viktor Emil Frankl, sobreviviente de los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial y quien propuso una antropología filosófica centrada en la dimensión espiritual o noológica de la persona.

Para Frankl, la persona es un ser *indivisible* e *insumable*, el cual debe ser comprendido como una *totalidad* (Frankl, 2011). Esto lo propuso al formular su ontología dimensional, explicando la totalidad del ser humano y el error de abordarlo de manera reduccionista. Para ello, Frankl se valió de la ilustración de un cilindro reflejado en dos planos. Como cuerpo tridimensional, si un cilindro es proyectado sobre un plano en segunda dimensión, las imágenes que se generan son contradictorias entre sí, mostrando un círculo y un rectángulo de manera independiente y consiguiendo que la figura del cilindro se pierda; algo semejante ocurre cuando al ser humano se le observa solamente desde una de sus dimensiones: su condición de totalidad se pierde y la comprensión que se tiene de él llega a ser deformada (Frankl, 1987; Guberman & Pérez, 2005).

Si una figura geométrica pierde su condición de totalidad al ser descompuesta en la suma de sus partes, ¿qué podría decirse del ser humano al ser sometido al reduccionismo científico? Si bien las estructuras y funciones del sistema nervioso, como el cerebro, la médula espinal y las neuronas constituyen el centro de los procesos biológicos, fisiológicos y químicos que median en la cognición, no podría afirmarse que a ellos se reducen la cognición y la mente. Si así fuera, ¿dónde quedarían aspectos como la libertad para elegir una actitud ante los condicionantes biológicos? Aunque los datos derivados de la investigación empírica han favorecido la praxis clínica a través del entendimiento de la taxonomía de los trastornos mentales y su clasificación, la defensa de la

deducción de verdades a partir de otras, como se propone en el método científico, demuestra ser insuficiente para comprender a la persona que padece la enfermedad mental.

Otro aspecto que permite identificar la insuficiencia del método científico para abordar la salud y la enfermedad mental es considerar que el concepto de método se reduce a un único camino o ruta para hallar el conocimiento. La vida diaria en los contextos clínicos demuestra que los pacientes, pese a tener un mismo diagnóstico, no se comportan de la misma manera. Por ejemplo, una persona diagnosticada con trastorno del espectro autista puede diferir completamente de otra en términos de socialización y de comprensión del punto de vista del otro, demostrando que las diferencias individuales son fundamentales y requieren ser tenidas en cuenta en los procesos de intervención (Arboleda-Sánchez et al., 2023). Así, podría decirse que, en el estudio de la salud y la enfermedad mental, cada persona traza un camino. No sería posible hacer referencia al método sino a los *métodos*, demostrando que son diversos los caminos que se necesitan para comprender integralmente a cada persona.

De otro lado, reglas como la duda metódica y la síntesis también demuestran estar fuera del alcance del estudio de las enfermedades mentales. Aunque en la praxis psicoterapéutica no se asume el discurso del paciente como verdad en todos los momentos, ¿cómo puede el profesional poner duda cada frase referida por su consultante? Esto cobra más valor cuando el discurso del paciente es incongruente con los resultados de las pruebas psicodiagnósticas. Siendo así, ¿debería el psicólogo clínico asumir inmediatamente como falsa alguna afirmación del paciente por el hecho de no concordar con los resultados de los instrumentos de evaluación? Si así fuera, ¿dónde quedaría el reconocimiento de aquello que no es posible observar pero que hace parte de la realidad de la persona? Esto, además de atrevido, no sería ni ético ni justo desde una mirada epistémica, por lo que el método concebido desde el cartesianismo no lograría responder a las necesidades de los procesos psicoterapéuticos. Lo mismo podría decirse de intentar dar un orden a todos los pensamientos, algo que no sería posible teniendo en cuenta que cada paciente requiere un ritmo diferente y unas adaptaciones particulares para llevar a cabo su proceso de intervención.

CONCLUSIONES

Los aspectos planteados en este artículo permiten identificar que, para el cartesianismo, el concepto de método se asume como una única ruta o camino trazado de manera previa para hallar el conocimiento y abordar objetos de estudio, basado en la certeza, en la evidencia comprobable y en una serie de reglas ordenadas. No obstante, al hacer referencia a los fenómenos humanos, como la salud y la enfermedad mental, esta postura es insuficiente, requiriéndose una mirada más amplia que permitan comprender al ser humano desde su condición de *totalidad*, apelando a la construcción de relaciones horizontales que tengan en cuenta todas las voces de la ecuación terapéutica.

Más allá de la discusión epistemológica, en los ámbitos de la psicología clínica y de la psicoterapia sigue estando inmersa una primera persona que sufre y cuya voz, por más que se promueva el debate, sigue requiriendo ser tan escuchada como la de la tercera persona de la ciencia. Así mismo, en medio del debate, ¿dónde se ubica la voz de la segunda persona del profesional? Esa pregunta también reclama una respuesta. Mientras tanto, se observa el predominio del ideal de certeza, pese a que la praxis demuestre que no es posible comprender la realidad humana en el marco de una relación vertical clínico-paciente, o centrada en el estudio observable y mensurable de variables, como ocurre con las ciencias naturales. Al procurar hacer esto, se comete el error de ignorar la realidad no captable del paciente o consultante, así como su sentir, cuestión perteneciente a su experiencia subjetiva, no a la medición.

El ejercicio de la psicología clínica demuestra que la comprensión de la experiencia subjetiva de primera persona es mayor en el marco de una relación horizontal clínico-paciente. Esto requiere de una apertura epistemológica que trascienda el discurso de las ciencias naturales. Por ello, la investigación y la praxis requieren de la generación de formas agitadoras de teorizar y aplicar el discurso científico, de cara a ubicar en el primer plano a la persona del consultante, promoviendo su bienestar mental y emocional, de acuerdo con el propósito fundamental de la psicología clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso-Fernández, F. (1989). *Psicología Médica y Social* (5ª ed.). Editorial Salvat.

Álvarez, R. (1996). *El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica.* Díaz de Santos.

American Psychological Association [APA]. (2006). Evidence-based practice in psychology. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist, 61*(4), 271–285. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271

Arboleda-Sánchez, V. A., Sánchez-López, J. V., Restrepo de Mejía, F., Giraldo-Torres, L. R., Mosquera-Palacios, K. Z., Zuluaga-Valencia, J. V., Zuluaga-Arroyave, T., Delgado-Reyes, A. C., Aguirre-Aldana, L., Orrego-Cardozo, M., Naranjo-Galvis, C. A., Salamanca-Duque, L. M., de la Portilla-Maya, S. R., García-Restrepo, N., & Julio, A. (2023). Trastorno del espectro autista y sistema de neuronas espejo: el rol de las diferencias individuales. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 34*(1), 26-41. DOI: https://doi.org/10.55611/reps.3401.02

Ardila, R. (2007). Psicología en el contexto de las ciencias naturales, comportamiento y evolución. *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias, 31*(120), 395-403. https://www.accefyn.com/revista/Vol_31/120/395-403.pdf

Arias, M. (2014). De la Psicología Clínica: su historia, definición y conceptos. *Revista Electrónica Psiconex. Psicóloga, psicoanálisis y conexiones, 6*(9). https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22442

Arteaga, J., & Fernández, J. A. (2010). El método clínico y el método científico. *Medisur, 8*(5), 12-20. https://bit.ly/2VOaoge

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (*5ª ed). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Barbosa, S. D., Villegas, F., & Beltrán, J. (2019). El modelo médico como generador de discapacidad. *Revista Latinoamericana de Bioética, 19,* 111-122. DOI: https://doi.org/10.18359/rlbi.4303

Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la psicología clínica* (H. Abasta y R. M. Vilaplana, Trads.). McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1980).

Blumenthal, A. L. (1985). Wilhelm Wundt: Psychology as the Propaedeutic Science. En C. E. Buxton (Ed.), *Points of view in the modern history of psychology* (pp 19-50). Academic Press.

Batista Azevedo, M. A., & Cavalcante Serpa, N. (2023). Poder e o Empoderamento Feminino. Revista Veritas De Difusão Científica, 4(2), 1–23. https://doi.org/10.61616/rvdc.v4i2.43

Cattell, J. M. (1924). The Interpretation of Intelligence Tests. *The Scientific Monthly, 18*(5), 508–516. http://www.jstor.org/stable/7386

Compas, B. E., & Gotlib, I. H. (2002). *Introducción a la psicología clínica* (G. Nagore, J. Yescas, & F. Ortiz, Trads.). McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 2002).

Darwin, C. R. (1988). *El origen de las especies.* (de Zuleta, A., Trad.). Espasa. (Trabajo original publicado en 1859).

Descartes, R. (2010a). *Meditaciones metafísicas.* (C. Adam & P. Tanery, Trads.). Léopold Cerf. (Trabajo original publicado en 1641).

Descartes, R. (2010b). *Reglas para la dirección del espíritu.* (C. Adam & P. Tanery, Trads.). Léopold Cerf. (Trabajo original publicado en 1701).

Diamond, S. (1977). Francis Galton and american psychology. *Annals of the New York Academy Sciences, 29*(1), 47-55. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1977.tb53058.x

Díaz-Walls, C. (1989). Positivismo lógico y operacionalismo en el conductismo radical. En A. Medina. (Ed.), *Psicología y epistemología* (pp. 87-106). Trillas.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.847460

Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine, 6*(2), 101-124. https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101

Frankl, V. E. (1987). *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia.* (Diorki, Trad.). Herder. (Trabajo original publicado en 1984).

Frankl, V. E. (2011). *Logoterapia y análisis existencial. Textos de cinco décadas.* (J. A. de Prado, R. Wenzel, e I. Arias, Trads.). Herder. (Trabajo original publicado en 1987).

Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. (R. García, Trad.). Herder. (Trabajo original publicado en 2007).

Fricker, M. (2021). Conceptos de injusticia epistémica en evolución. Las Torres de Lucca: *Revista Internacional de Filosofía Política, 10*(19), 97-104. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8022184.pdf

Galton, F. (1892). *Hereditary Genius.* Macmillan and Co. (Trabajo original publicado en 1869).

Gershenson, C. (s.f.). *Verdad y lenguaje*. [Archivo de video]. https://www.coursera.org/learn/ciencia/lecture/OchVX/verdad-y-lenguaje

González, A., Domínguez, M. V., Fabre, O., & Cubero, A. (2010). La influencia de Descartes en el desarrollo del método anatomoclínico. *Neurología, 25*(6), 374-377. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2009.12.011

Guberman, M. & Pérez, E. (2005). *Diccionario de Logoterapia.* Grupo Editorial Lumen.

Healy, W. (1915). The individual. En W. Healy. *The individual delinquent: A text-book, or, diagnosis and prognosis for all concerned in understanding offenders* (pp. 22–29). Little, Brown and Co. https://doi.org/10.1037/14678-003

Hecker, J., & Thorpe, G. (2015). *Introduction to clinical psychology.* Psychology Press.

Honderich, T. (Ed.). (1995). *The Oxford Companion to Philosophy*. Oxford University Press.

Kuhn, T. (2013). *La estructura de las revoluciones científicas.* (C. Solís, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1962).

Kantun González, L. J. del J., & Galiano Gil, J. M. (2024). Fascitis necrotizante Un análisis clínico a través de imágenes en un caso particular . Emergentes - Revista Científica, 4(1), 241–255. https://doi.org/10.60112/erc.v4i1.106

Locke, J. (2020). *Ensayo sobre el entendimiento humano.* (E. O'Gorman, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1690).

Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido.* (H. Piquer, Trad.). Booket. (Trabajo original publicado en 1998).

Luzoro, J. (1992). Psicología de la salud. *Revista de Psicología, 3*(1), 25-29. https://revistaestudiostributarios.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/18640

Manrique, H. (2011). La contribución de Darwin al surgimiento de la psicología evolutiva. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 3*(2), 83-98. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4865242

Mescouto, K., Olson, R. E., Hodges, P. W., & Setchell, J. (2022). A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? *Disability and Rehabilitation, 44*(13), 3270-3284. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1851783

Monroy, Z. (1989). Racionalismo y empirismo en la construcción de la psicología científica: Descartes y Locke. En A. Medina. (Ed.), *Psicología y epistemología* (pp. 53-86). Trillas.

Muñoz, J. (2021). Biología y medicina reduccionistas: Una reflexión sobre sus raíces epistemológicas y sus limitaciones. *Revista Praxis,* (83). http://dx.doi.org/10.15359/praxis.83.3

Montes Reyna , W. E., Humanante Carpio, M. L., Delgado Rodríguez, M. C., & Iñiguez Apolo, L. M. (2024). Uso de los Recursos Educativos Abiertos y Tecnologías Educativas (EdTech) en la Educación Superior . Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano, 5(2), 56–68. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.121

Martínez, O., Aranda , R., Barreto , E., Fanego , J., Fernández , A., López , J., Medina , J., Meza , M., Muñoz , D., & Urbieta , J. (2024). Los tipos de discriminación laboral en las ciudades de Capiatá y San Lorenzo. Arandu UTIC, 11(1), 77–95. Recuperado a partir de https://www.uticvirtual.edu.py/revista.ojs/index.php/revistas/article/view/179

Pabón, J. M. (1967). *Diccionario Manual Griego-Español.* (17ª ed.). Talleres Gráficos INELVA, S.A.

Pérez-Gómez, A. (1982). *Psicología clínica: problemas fundamentales.* Editorial Trillas.

Phares, E. J., & Trull, T.J. (1999). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica* (2ª Ed.). (G. Padilla, Trad.). Manual Moderno. (Trabajo original publicado en 1997).

Piaget, G. (1972). *Psicología y epistemología.* (A. Battro, Trad.). Emecé Editores. (Trabajo original publicado en 1970).

Pillsbury, W. B. (1947). Biographical memoir of James McKeen Cattell 1860-1944. En *National Academy Biographical Memoirs* (Vol. XXV) (pp. 1-16). National Academy of Sciences of the United States of America.

Popper, K. (1992). *Conocimiento objetivo: un enfoque evolucionista.* (C. Solis, Trad.). Tecnos. (Trabajo original publicado en 1972).

Palacios Ibarra, Y. S., & Ramírez Chávez , M. A. (2024). Desarrollo de Competencias Socio-Emocionales: El Camino hacia una Educación Integral. Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica , 4(2), 194–210. https://doi.org/10.61384/r.c.a.v4i2.208

Strickland, B. R. (2001). Historia e introducción a la psicología clínica. (R. Márquez, Trad.). En S. Cullari (Ed.), *Fundamentos de psicología clínica* (pp. 1-25). Pearson Educación. (Trabajo original publicado en 1998).

Vargas-Restrepo, C. M. (2014). Aproximação ao método cartesiano. Sua relação com a contabilidade. *Cuadernos de Contabilidad, 15*(38), 575-597. http://www.scielo.org.co/pdf/cuco/v15n38/v15n38a09.pdf

Viniegra, L. (2014). El reduccionismo científico y el control de las conciencias: Parte I. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 71*(4), 252-257. https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2014.05.001

v, H., & Quispe Coca, R. A. (2024). Tecno Bio Gas. Horizonte Académico, 4(4), 17–23. Recuperado a partir de https://horizonteacademico.org/index.php/horizonte/article/view/14

Witmer, L. (1907). Clinical psychology. *The Psychological Clinic, 1*(1), 1-9. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138541/

Wundt, W. (1902). *Grundzüge de physiologischen Psychologie.* (Trabajo original publicado en 1874).