
Comenzar como psicoterapeuta

**Más de 50 consejos para
una práctica clínica efectiva**

Anthony D. Smith



Manual
moderno
CAPÍTULOS MUESTRA



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



hogrefe



**Manual
Moderno**

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
Ciudad de México.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, DC



Comenzar como psicoterapeuta

Más de 50 consejos para
una práctica clínica efectiva

Anthony D. Smith[®]

Traducido por:
Mtro. Alejandro Salvador Ponce Aguilar

Editor responsable:
Dr. Omar Chávez Victorino
Editorial El Manual Moderno



Nos interesa su opinión
comuniqúese con nosotros:



Hogrefe México S.A. de C.V.,
Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo,
Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México



+52 (55) 5265 - 1100



info@hogrefe.mx
quejas@hogrefe.mx

¡Síguenos!



www.manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Pruebas psicológicas en línea y más www.manualmoderno.com

Título original de la obra:

Getting Started as a Therapist

50+ Tips for Clinical Effectiveness

© 2025 Anthony D. Smith

por Routledge

605 Third Avenue, New York, NY 10158

y por Routledge

4 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon, OX14 4RN

ISBN 9781032623436

Comenzar como psicoterapeuta

Más de 50 consejos para una práctica clínica efectiva

D.R. © 2026 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN impreso: 978-607-448-977-4

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form —electronic, mechanical, photocopying— without the prior permission in writing from the Publisher.



es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Biblioteca Nacional de México (BNM). Catalogación en la publicación

Autores: Smith, Anthony D., autor | Ponce Aguilar, Alejandro Salvador, traductor.

Título: Comenzar como psicoterapeuta. Más de 50 consejos para una práctica clínica efectiva / Smith, Anthony D., autor. | Ponce Aguilar, Alejandro Salvador, traductor.

Descripción: 1a edición. | Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno, 2026. | Incluye índice. | Traducción de: Getting Started as a Therapist 50+ Tips for Clinical Effectiveness

Identificadores: ISBN 978-607-448-977-4 BNM-ALMA 997658746308686

Temas: Orientación Vocacional – Educación de alumnos, etc. | Desarrollo Profesional.

Clasificación CDD23: 616.891425

Directora editorial:
Mtra. Sandra Núñez Valle

Editora de desarrollo:
LCC Tania Uriza Gómez

Gerente de producción:
Ing. Víctor Canto

Diseño de portada:
DP Cynthia Karina Oropeza Heredia

Dedicatoria

Con mucho amor a mis padres, Dennis y Phyllis Smith, por su apoyo inquebrantable a través de tanto.





hogrefe

Manual
Moderno[®]

CAPÍTULOS MUESTRA

Agradecimientos

Se extiende un profundo agradecimiento a:

Derek Paar, PhD, mi asesor de posgrado, y Richard Halgin, PhD, cuya sabiduría, amistad y aliento han sido, y continúan siendo, fundamentales en mi desarrollo profesional.

Bill O'Hanlon, MS, quien desde muy temprano me inspiró a cultivarme en este campo y proporcionó la chispa inicial para escribir y enseñar. Junto con Bill, Joseph Shannon, PhD, avivó mi deseo de enseñar y ayudó a definir mis intereses clínicos.

Mi querido amigo Robert Roose, MD; mi sobrina, Alyssa Wright; y mis colegas Sheryl Waxler, PhD; Michael Mantz, MD; y Emma Redfern, MA. Todas estas personas brindaron apoyo moral o aportaron ideas valiosas a lo largo del proceso.

Anna Moore, de Routledge, quien vio potencial en mi propuesta y alentó que este proyecto se hiciera realidad; más tarde, me guió con paciencia a través de mi primera experiencia en la publicación de un libro.

A la correctora de estilo, Sue Cope, quien se encargó de que el manuscrito brillara.

A los consultantes, estudiantes y supervisados durante más de veinte años, quienes aportaron la experiencia necesaria para crear este volumen dirigido a estudiantes actuales y futuros, supervisados, terapeutas y sus consultantes.



hogrefe

Manual[®]
Moderno

CAPÍTULOS MUESTRA



A continuación encontrará un código QR que, al escanearlo con su celular, le dará acceso a recursos digitales para imprimir.



hoggrefe Manual Moderno®
CAPÍTULOS MUESTRA



hogrefe

Manual[®]
Moderno

CAPÍTULOS MUESTRA

Contenido

Dedicatoria	V
Agradecimientos	VII
Introducción	1

SECCIÓN I Sentando las bases

1 No es como en la televisión	7
2 Sea usted mismo	9
3 La terapia no es una carrera	11
4 No olvide lo básico.....	15
5 Olvídense de ser tan formal	19
6 Dominando su presencia terapéutica.....	21
7 Conceptos básicos del lenguaje corporal.....	25
8 Cómo pulir su capacidad de resumir	29
9 Encuentre valor en el silencio	33
10 Esfuércese por cultivar sustancia en cada sesión.....	37
11 Pregunte sobre el significado	41
12 Preste atención a su intuición.....	45
13 No dependa de la arqueología psicológica.....	49

SECCIÓN II

Cosas que los terapeutas no deberían decir

14 Las tres grandes.....	53
15 Cuidado con la trampa del “aguántate”	57
16 Qué no decirle a personas ansiosas	61
17 Qué no decirle a personas deprimidas.....	65
18 Qué no decirle a personas que escuchan voces	69

SECCIÓN III

Desmitificando el diagnóstico

19 Ignore las representaciones de los trastornos psicológicos de la cultura popular	77
20 En defensa del diagnóstico (parte 1)	81
21 En defensa del diagnóstico (parte 2)	85
22 Consideraciones postdiagnóstico	89
23 Nunca diagnostique basándose en una expresión principal.....	93
24 Reevalúe los diagnósticos históricos.....	105
25 Cinco consejos rápidos para evaluaciones más exhaustivas	111
26 Siempre considere la imitación médica.....	115
27 Cómo evaluar las condiciones médicas que pueden simular trastornos psicológicos	119
28 Cómo discutir diagnósticos con los consultantes	123

SECCIÓN IV

Temas especiales

29 Entreviste, no interrogue	133
30 Trate de no ser alarmista	137

31 Preste atención a las defensas	141
32 Aborde el trauma con delicadeza.....	147
33 Aprenda sobre las autolesiones.....	151
34 Explorando la autorrevelación del terapeuta	159
35 No hay necesidad de rescatar	165
36 Por qué los terapeutas deben ser vendedores.....	169
37 Aprenda a reencuadrar	171
38 Haciéndose amigo de las metáforas	175
39 ¿Qué pasa si alguien insinúa “nunca lo entendería”?	181
40 Cuidado con las diferencias culturales	185
41 Hable sobre medicamentos.....	191
42 Aprenda sobre los trastornos de personalidad	197
43 Pida retroalimentación.....	203

SECCIÓN V
Desarrollo profesional

44 Considere un enfoque integrativo	209
45 Limitando la responsabilidad	213
46 La supervisión clínica es vital para el crecimiento del terapeuta	219
47 Tome la educación continua en serio	225
48 Tenga modelos clínicos.....	229
49 Mejore sus habilidades clínicas fuera del horario laboral	233
50 ¿Necesitan terapia los terapeutas?	237
51 Protegiendo su propia salud mental.....	243
52 No puede salvar a todos	247



hogrefe

Manual[®]
Moderno

CAPÍTULOS MUESTRA

No es como en la televisión

Si no ha conocido a personas con condiciones psicológicas, o no ha asistido a una intervención exitosa para observar lo que implica una buena práctica terapéutica, tenga cuidado. La atención en salud emocional no debería parecerse a la forma en que suele mostrarse en la televisión y en las películas, ya sea respecto al diagnóstico o a la intervención.

Tenga modelos clínicos, pero por favor no aspire a ser un conductor de *reality show* o un psicólogo de una serie televisiva. Recuerde que el entretenimiento dramático vende. La terapia en la vida real requiere ética y empatía, no “poner a la gente en su lugar”. Cada sesión tampoco debería involucrar dilemas de relación o transferencia que requieran supervisión constante. Además, no todas las personas consultantes están profundamente afectadas o representan grandes desafíos. Programas o series como *Hoarders* (Acumuladores) pueden dar a entender que ciertas condiciones deberían resolverse con rapidez, pero considere cuánto contenido se edita para ajustarse a los tiempos de televisión.

La cultura popular no representa con precisión la salud emocional, ya sea en diagnósticos o intervenciones, y Hollywood es una fuente significativa de estigma. Películas como *Split* (Fragmentado) refuerzan la idea de que las personas con condiciones psicológicas son peligrosas o atemorizantes. Personas influyentes como Tom Cruise (Hausman, 2005) y Marianne Williamson han minimizado públicamente la seriedad de los diagnósticos y la eficacia de los medicamentos psicotrópicos. Esta última incluso afirmó que la depresión era “una estafa” durante una campaña presidencial (Abrams, 2019).

Los terapeutas de programas de televisión y radio parecen sugerir que, para lograr avances, la intervención debe ser confrontativa y agresiva. Presentan soluciones que no van más allá de adoptar una postura de autoridad moral, decirle al consultante que deje de hacer esto o aquello, que tome mejores decisiones, o avergonzarla y corregirla públicamente. Comprensiblemente, esto podría asustar a quienes están considerando iniciar un proceso terapéutico, especialmente si los programas de televisión y radio son su única referencia.

Otras inexactitudes incluyen la representación de la psicoterapia como décadas de psicoanálisis con un terapeuta mayor diciendo “cuéntame más”, o un terapeuta cognitivo-conductual agresivo resolviendo problemas de inmediato. Esto puede transmitir la idea de que la terapia debe ser dolorosamente extensa o, por el contrario, excesivamente breve y forzada. La realidad se encuentra en un punto intermedio. La terapia, sin importar el enfoque, requiere tiempo. De manera natural, la vida se presta a un análisis conti-

nuo, pero esa no es la agenda de una intervención analítica. Incluso los procesos de trabajo “profundo” a largo plazo promedian entre tres y ocho años, no toda una vida como suele mostrarse (Werbart y Lagerlöf, 2022).

Por otro lado, algunas intervenciones cognitivas o conductuales más “dirigidas” pueden generar cambios rápidos, pero ¿esas mejoras son óptimas o simplemente suficientes para afirmar que “se han cumplido los objetivos de la intervención”? Es fácil, por ejemplo, mostrarle a alguien estrategias para manejar la ira. Sin embargo, esto podría ofrecer una estabilidad superficial si no se aborda también una característica de personalidad subyacente, como la creencia de que uno merece trato especial, como ocurre en el narcisismo, lo cual requiere mayor tiempo y trabajo.

Rara vez un terapeuta no solicita más sesiones para acompañar a una persona, y no es por obtener beneficios económicos. Las filas de espera en clínicas y consultas privadas demuestran que el trabajo es abundante. Es porque el trabajo terapéutico aún no ha concluido.

Las personas entran a este campo para ayudar a disminuir el sufrimiento, pero, si no tienen cuidado, algunas de sus acciones —influenciadas por la cultura popular, aunque bien intencionadas— pueden desalentar, estancar o añadir dificultades. Por ejemplo, un terapeuta nuevo podría pensar que debe pedirle a una persona traumatizada que relate los detalles del evento, porque es una creencia popular. Como resultado, la persona podría no volver porque fue demasiado, demasiado rápido. El cuestionamiento interminable sobre la historia puede parecer terapéutico porque “funciona” en la televisión. Sin embargo, como se explica en el capítulo 13, la arqueología psicológica no es psicoterapia.

Finalmente, adoptar las representaciones populares sobre las condiciones psicológicas como si fueran resúmenes clínicos confiables, como se discute en el capítulo 19, es una práctica peligrosa. Condiciones como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno bipolar, el trastorno de identidad disociativo (TID), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y la esquizofrenia han sido tergiversadas de manera significativa. Desafortunadamente, sin suficiente experiencia clínica, es fácil confiar en lo que se ha visto previamente en los medios. Todas estas preocupaciones se ampliarán en los capítulos siguientes.

Para ser efectivo, recuerde que su rol profesional no nació en Hollywood. Para comenzar con solidez, confíe en su educación e investigación, tome en serio la educación continua y participe en una supervisión de calidad.

Referencias

- Abrams, A. (2019, August 6). Experts criticize Marianne Williamson’s views on vaccines, depression and illness. *Time*. <https://time.com/5644331/marianne-williamson-health-science-skepticism>
- Hausman, K. (2005, August 5). Cruise finds himself at sea after antipsychiatry tirade. *Psychiatric News*, 40(15). <https://doi.org/10.1176/pn.40.15.00400007>
- Werbart, A., & Lagerlöf, S. (2022). How much time does psychoanalysis take? The duration of psychoanalytic treatments from Freud’s cases to the Swedish clinical practice of today. *The International Journal of Psychoanalysis*, 103(5), 786–805. <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2050463>

Entreviste, no interrogue

Los terapeutas pasan mucho tiempo entrevistando para recopilar información y proporcionar retroalimentación. Por lo tanto, uno de los mayores activos de un terapeuta es su capacidad de relacionarse y comunicarse efectivamente. El término “entrevista” podría traer a la mente una sesión formal de preguntas y respuestas claramente delineadas. Aunque esto no es erróneo, no es necesariamente la conceptualización más amigable para el terapeuta o el consultante. Idealmente, la entrevista es más un proceso conversacional fluido: una discusión.

A veces, particularmente durante evaluaciones iniciales y entrevistas diagnósticas, al sentir que olvidará qué preguntar, un terapeuta podría buscar tranquilidad a partir de una plantilla de preguntas, haciendo cada pregunta puntualmente y avanzando. Otras veces, la recopilación de información podría practicarse como una ronda rutinaria de preguntas, haciendo que el consultante se sienta como si estuviera en interrogatorio automatizado. Esta práctica es riesgosa y especialmente común en las evaluaciones digitales actuales, que se basan en formatos tipo “menú desplegable”.

Interacciones como éstas pueden llevar a un intercambio bastante seco y poco efectivo, lo que resulta en que el consultante, que ya se siente vulnerable, posiblemente piense que lo están interrogando y, entonces, adquiera una actitud defensiva. Pueden seguir respuestas cortantes, como “sí”, “no”. La conversación también puede sentirse impersonal, lo que no abona de manera positiva a la relación terapéutica. Como se mostró en el capítulo 25, las descripciones detalladas de la experiencia son esenciales para una buena comprensión clínica.

Si se deben usar plantillas o cuestionarios, utilizarlos como guía de conversación —y no como lista de verificación— puede ayudar a facilitar interacciones más fructíferas. Es importante crear una nueva conversación para cada consultante.

Para ver la diferencia entre ambas maneras de recopilar información, imagine el siguiente escenario.

A un recluso en una instalación correccional lo habían puesto en observación especial por alucinar, estar deprimido y reportar pensamientos suicidas. Un terapeuta lo entrevistó y ocurrió lo siguiente:

TERAPEUTA: Hola, soy Tom y me estoy reuniendo contigo porque estás en vigilancia de suicidio.

CONSULTANTE: (Asiente).

TERAPEUTA: Leí en el registro de observación del oficial que estabas diciendo que anoche escuchaste voces detrás de las paredes.

CONSULTANTE: (Mira fijamente).

TERAPEUTA: ¿Hoy estás escuchando voces?

CONSULTANTE: Ahora mismo no.

TERAPEUTA: Cuando las escuchas, ¿piensas que son reales? ¿Qué dicen?

CONSULTANTE: ¡Por supuesto que son reales, las estoy escuchando! Son como personas atrapadas detrás de la pared tratando de salir.

TERAPEUTA: ¿Te dicen que te lastimes a ti mismo o a otros?

CONSULTANTE: ¡Sólo te dije cómo suenan!

TERAPEUTA: Necesito que me digas si dicen que te lastimes a ti mismo o a otros.

CONSULTANTE: ¿¿Para qué me estás hablando!?

TERAPEUTA: Necesito evaluar cómo estás para ver si requieres quedarte en vigilancia de suicidio. Necesito que respondas algunas preguntas para hacer esto.

CONSULTANTE: ¡Bien, si me sacarás de aquí!

TERAPEUTA: ¿Cómo duermes?

CONSULTANTE: No puedo por las voces en la pared.

TERAPEUTA: ¿Estás comiendo de manera normal?

CONSULTANTE: No cené ni desayuné.

TERAPEUTA: ¿Te sientes deprimido, enojado, amargado, ansioso, maníaco o hipomaníaco?

CONSULTANTE: Estoy enojado, no sé. Es estresante.

TERAPEUTA: ¿Estás delirante?

CONSULTANTE: No.

TERAPEUTA: ¿Escuchas voces?

CONSULTANTE: Ya te dije eso.

TERAPEUTA: ¿Estás desorganizado?

CONSULTANTE: Puedo organizarme.

TERAPEUTA: ¿Sientes ganas de lastimarte a ti mismo o a alguien más ahora mismo?

CONSULTANTE: No. Anoche sí, por las voces detrás de las paredes; ¡no podía dormir!

TERAPEUTA: Está bien, puedes volver a tu celda.

Aunque es un ejemplo inventado, en realidad refleja algunas entrevistas que presencié al supervisar a compañeros de trabajo que tenían dificultades para alcanzar eficacia clínica. El consultante hipotético, ya en un mal estado, no estaba nada cómodo con cómo interactuaba el terapeuta y, estando a la defensiva, proporcionó poca información. Fue especialmente preocupante que las preguntas del estado mental se leyeron textualmente de un formulario, en particular sobre cosas que deberían haberse observado de manera directa. Por ejemplo, quien presenta un delirio no lo percibe como tal, sino como parte de su realidad.

Ahora, reflexionemos cómo la entrevista podría ser diferente si fuera más conversacional.

TERAPEUTA: Hola, no creo que nos hayamos conocido antes. Soy Tom, de servicios de salud mental. Quería ver cómo estás. El oficial dijo que estabas pasándola mal anoche. ¿Qué ha estado ocurriendo?

CONSULTANTE: ¡Ay, esto es tan estresante! No sé qué estaba pasando, ¡les dije que estaba escuchando voces y me estaba volviendo loco! Entonces me pusieron en vigilancia de suicidio.

TERAPEUTA: Eso que está pasando suena estresante. ¿Eso es todo lo que dijiste y te pusieron en vigilancia de suicidio?

CONSULTANTE: Dije que quería morirme. Estuve despierto por cuatro noches. Anoche por fin sentí que estaba lo suficientemente seguro para descansar, entonces las personas detrás de la pared comenzaron a gritar.

TERAPEUTA: Cuatro noches es mucho tiempo sin descansar. No pude evitar notar que dijiste que al final te sentiste lo suficientemente seguro como para poder descansar. ¿Qué quisiste decir con “suficientemente seguro”?

CONSULTANTE: Reacomodaron mi celda y estaba lejos de la ventana grande, así que los satélites no podían tenerme en su vista mientras dormía.

TERAPEUTA: ¿Satélites? ¿Qué hay con ellos?

CONSULTANTE: Desde que he estado aquí, el abogado de mi acusador ha estado tratando de enviarme mensajes para infiltrar mis pensamientos en la sala del tribunal y hacerme decir declaraciones a su favor.

TERAPEUTA: No me extraña que estés estresado. ¿Esas voces detrás de la pared tienen algo que ver con eso?

CONSULTANTE: No. No lo creo, sólo suena como una habitación llena de gente gritando. Sólo puedo distinguir una palabra aquí y allá.

TERAPEUTA: ¿Las voces alguna vez te dijeron que hicieras algo? ¿Como decirte que te lastimes o que dañes a alguien más?

CONSULTANTE: No. ¡He estado muy estresado! Estoy muy deprimido. ¡En este punto, vivir o no me da lo mismo si todo va a seguir así!

Al no interactuar como si se rellenara una lista de verificación, este intercambio resultó mucho más informativo y, consecuentemente, se obtuvo una visión más sólida del problema del consultante.

Está claro que la entrevista conversacional utiliza más habilidades de atención, como se discutió anteriormente, que favorecen que un consultante sea más comunicativo. En el segundo ejemplo, aunque el entrevistado estaba experimentando una ruptura con la realidad, el terapeuta entendió que era real para él y validó sus experiencias, en lugar de actuar escépticamente. Esto permitió que el consultante compartiera más, y el terapeuta pudo evaluar con mayor precisión la gravedad de su condición, facilitando un cuidado más adecuado.



hogrefe

Manual
Moderno®

CAPÍTULOS MUESTRA