

## **SUBJETIVIDAD, MERCADO Y LA PERSONA DEL TERAPEUTA**

## **SUBJECTIVITY, MARKET, AND THE PERSON OF THE THERAPIST**

## **SUBJETIVIDADE, MERCADO E A PESSOA DO TERAPEUTA**

Rodrigo Mardones Ibacache<sup>1</sup>

Recibido: 5 de julio 2026

Aceptado: 03 de agosto de 2026

Publicado: 28 de agosto de 2026

### **Consideraciones éticas**

Al no ser una investigación que involucre trabajar con personas no hay compromisos ni riesgos éticos.

### **Declaración de conflicto de intereses**

El ensayo no contó con ningún tipo de financiamiento.

### **Financiamiento**

Indicar si el estudio recibió apoyo económico por parte de alguna institución. Incluir el nombre de la entidad financiadora y, si corresponde, el número de proyecto o referencia. Si el estudio no contó con financiamiento externo, debe especificarse.

---

<sup>1</sup> Universidad Santo Tomás, Sede Concepción, Chile  
<https://orcid.org/0000-0002-9336-3489>  
[mardrodrigo@gmail.com](mailto:mardrodrigo@gmail.com)

## RESUMEN

Este artículo examina la figura del terapeuta en América Latina como una construcción histórico-social más que como una interioridad psíquica autónoma. Frente a la tradición que ha estudiado la persona del terapeuta a partir de sus motivaciones vocacionales y de su familia de origen, se argumenta que las condiciones materiales de la formación y del ejercicio profesional configuran la subjetividad de quien ejerce la clínica.

A partir de datos sociodemográficos de la región se caracteriza una profesión feminizada y joven, y se examina Chile como caso extremo, donde la privatización de la formación convierte ese perfil en una posición laboral precaria. Se analizan la mercantilización universitaria y el endeudamiento estudiantil como dispositivos productores de subjetividad. La conclusión propone una clínica situada, que reconozca la inscripción política y material de la subjetividad, la del consultante y la del propio terapeuta.

**Palabras clave:** persona del terapeuta; subjetivismo; neoliberalismo; precarización laboral; feminización; epistemología clínica.

## ABSTRACT

This article examines the figure of the therapist in Latin America as a historical-social construction rather than as an autonomous psychic interiority. Against the tradition that has studied the person of the therapist based on their vocational motivations and family of origin, it is argued that the material conditions of training and professional practice shape the subjectivity of those who practice clinically.

Based on sociodemographic data from the region, a feminized and young profession is characterized, and Chile is examined as an extreme case in which the privatization of training turns that profile into a precarious labor position. University commodification and student debt are analyzed as devices that produce subjectivity. The conclusion proposes a situated clinic that recognizes the political and material inscription of subjectivity, both that of the client and that of the therapist.

**Keywords:** person of the therapist; subjectivism; neoliberalism; job precariousness; feminization; clinical epistemology.

## RESUMO

Este artigo examina a figura do terapeuta na América Latina como uma construção histórico-social mais do que como uma interioridade psíquica autônoma. Diante da tradição que tem estudado a pessoa do terapeuta a partir de suas motivações vocacionais e de sua família de origem, argumenta-se que as condições materiais da formação e do exercício profissional configuram a subjetividade de quem exerce a clínica.

A partir de dados sociodemográficos da região caracteriza-se uma profissão feminizada e jovem, e examina-se o Chile como caso extremo, onde a privatização da formação converte esse perfil numa posição laboral precária. Analisam-se a mercantilização universitária e o endividamento estudantil como dispositivos produtores de subjetividade. A conclusão propõe uma clínica situada, que reconheça a inscrição política e material da subjetividade, a do consultante e a do próprio terapeuta.

**Palavras-chave:** pessoa do terapeuta; subjetivismo; neoliberalismo; precarização laboral; feminização; epistemologia clínica.

## Introducción

La identidad profesional del terapeuta en el contexto chileno y latinoamericano debe comprenderse desde las transformaciones que han redefinido el trabajo y la subjetividad durante las últimas cuatro décadas. Sin embargo, la historiografía de la psicología tiende a presentar al clínico como una figura neutral, un técnico del bienestar cuya práctica ocurriría en un espacio resguardado de la economía y la política.

Aquí se cuestiona esa neutralidad y se sostiene que la persona del terapeuta constituye una producción histórico-social, moldeada por el capitalismo contemporáneo, por la racionalidad neoliberal y por las relaciones de género que organizan la división del trabajo de cuidado.

En Chile la masificación de la educación superior y la expansión de los servicios de salud mental generaron un perfil inédito de trabajador clínico. Se trata de un sujeto atravesado por el endeudamiento educativo y por la incertidumbre laboral, cuya formación opera con frecuencia desconectada de los padecimientos concretos de la población.

Una parte importante de los jóvenes terapeutas chilenos arrastra una deuda por el crédito obtenido para el financiamiento de su carrera, desde Lazzarato (2013), la deuda constituye una relación de poder que fabrica un tipo particular de sujeto, la persona endeudada, obligada a conducirse como empresario de su propia vida. Esa figura del empresario de sí encuentra su formulación en el análisis que Foucault (2007) realizó sobre la gubernamentalidad neoliberal.

El artículo examina cómo la mercantilización de la formación y la precarización del ejercicio penetran la subjetividad del terapeuta y condicionan su bienestar, su escucha, su salud y su posición frente al sufrimiento ajeno.

El objetivo general de este trabajo consiste en analizar la persona del terapeuta como producción histórico-social, situando el caso chileno dentro de la trayectoria regional de expansión y privatización de la educación superior. Tres objetivos específicos ordenan el desarrollo: distinguir conceptualmente subjetividad, intimismo y subjetivismo, y establecer la función que cada noción cumple en la práctica clínica; caracterizar el perfil sociodemográfico de la psicología latinoamericana e identificar qué rasgos comparte Chile con la región y cuáles resultan privativos de su mercado formativo; y examinar los efectos de ese mercado sobre las condiciones de ejercicio y sobre la escucha del clínico.

La organización argumentativa sigue ese orden. La sección 1 despeja el problema conceptual y epistemológico. La sección 2 establece el marco regional, que opera como término de comparación. La sección 3 analiza el caso chileno, donde la privatización de la matrícula alcanza una intensidad que la investigación comparada reconoce como extrema dentro de América Latina (Mella San Martín, 2024). La sección 4 examina la psicologización del malestar como efecto convergente de ambos procesos.

La crítica a los enfoques que reducen el malestar a un asunto de interioridad es relevante, porque el sufrimiento del consultante y el desgaste del propio clínico remiten también a un orden social que subjetiva el malestar objetivo de la sociedad con una economía que privatiza los riesgos y

distribuye la precariedad. A partir de datos sociodemográficos de la región, de estadísticas recientes y de la teoría crítica, se propone una relectura de la clínica que recupere su inscripción política y su anclaje en la realidad material de América Latina.

## **1. La crítica a la noción intimista de la persona del terapeuta**

Referirse a la persona del terapeuta demanda incorporarse a una tradición que ha estudiado con amplitud a este actor de la terapia. Esa tradición construyó esquemas conceptuales que definen un perfil de quienes eligen la psicoterapia como oficio, y explica su vocación a partir de conflictos no resueltos en la familia de origen, de las dificultades personales, de su historial de trauma y del estilo que cada clínico desarrolla con los años (Szmulewicz, 2013).

En general las observaciones se han dirigido al self del terapeuta y a su desarrollo en contextos íntimos. Según esta lectura, la vocación respondería a una trayectoria vital marcada por una ecología familiar disfuncional, y esa misma trayectoria explicaría después la elección vocacional y teórica del clínico y la necesidad inconsciente de resolver, en el trabajo con sus consultantes, los conflictos de su propia historia (Aponte, 1992).

Esta manera de concebir al terapeuta tiene raíces sólidas en el campo sistémico. Aponte (1992) sostuvo que la formación debía incluir un trabajo deliberado sobre la biografía del clínico, y Szmulewicz (2013) situó ese trabajo sobre el “sí mismo” como eje de todo proceso terapéutico. El punto que interesa destacar es que quienes han investigado la persona del terapeuta lo han hecho, casi sin excepción, desde su propia condición de terapeutas.

### **1.1. Subjetividad, intimismo y subjetivismo**

Tres nociones se superponen con frecuencia en la literatura clínica, y su confusión sostiene buena parte del problema que aquí se examina. La subjetividad designa una producción histórica y social, un modo de organizar la experiencia que se constituye en el lenguaje y en la trama de relaciones en que el sujeto participa; su estudio exige, por definición, reponer las condiciones que la hacen posible (González Rey, 2002).

El intimismo constituye una tesis sobre el lugar del malestar. Reduce la subjetividad a una interioridad privada concebida como autónoma y desplaza fuera del campo de observación las condiciones sociales que la producen (Pérez Soto, 2012). Su efecto sobre la clínica es la despolitización, porque devuelve al individuo, como asunto de su fuero interno, aquello que se originó en una trama que lo excede.

El subjetivismo constituye una tesis distinta, de orden epistemológico y moral. No se refiere al lugar donde reside el malestar, sino al criterio que lo hace válido, y sostiene que la vivencia del sujeto basta como fundamento de verdad y de valor. Taylor (1994) mostró que esta posición degrada el ideal de autenticidad del que dice provenir, porque una elección solo resulta significativa contra un horizonte de sentido que el sujeto no elige; suprimido ese horizonte, la apelación a la propia experiencia se vuelve incontestable y, por lo mismo, inmune a la crítica.

La distinción tiene consecuencias prácticas. El intimismo determina qué se mira, el subjetivismo

determina quién decide si lo mirado es correcto. Cuando ambas operaciones se combinan, la clínica localiza el malestar en el interior del consultante y valida esa localización mediante la experiencia del propio clínico, sin instancia externa de contraste. Ese acoplamiento explica el cierre epistemológico que se examina a continuación y encuentra su forma mercantil en la industria del discurso terapéutico, que ha convertido la introspección en un bien de consumo (Illouz, 2010).

El intimismo produce además efectos sobre la identidad narrativa del terapeuta. Cuando esa doctrina se instala como saber experto, reescribe desde fuera la historia del sujeto e impone un marco de interpretación que selecciona las heridas biográficas como clave privilegiada de sentido (Goffman, 2006). El relato dominante que resulta de esa operación fija la identidad en torno al daño y subordina las versiones alternativas que el propio sujeto podría elaborar (White y Epston, 1993). El mismo Paul Ricoeur (1996) mostró que la identidad se sostiene en la tensión entre permanencia y cambio, y que el sujeto se narra a sí mismo en sus compromisos. En este sentido, el intimismo interrumpe ese movimiento y lo detiene en la figura de la herida.

Es importante notar que esta reescritura se alimenta del enclaustramiento epistemológico de una comunidad que valida sus categorías sin contraste externo (Kuhn, 2004).

### ***1.2. El problema epistemológico y la circularidad metodológica***

Existe una paradoja en esta forma de abordar el estudio de la persona del terapeuta. El observador se encuentra implicado en su propio objeto sin declarar esa condición. Quienes investigan al terapeuta lo hacen desde el lugar compartido como terapeuta, de modo que el vocabulario y la matriz conceptual con que se aproximan al objeto lo describen, lo constituyen y comprometen a quien investiga (von Foerster, 1991).

En este sentido, es importante precisar desde qué marco esta situación resulta problemática. Para una epistemología positivista, la implicación del observador en su objeto pone en tensión la objetividad. Los desarrollos constructivistas y de segundo orden, en cambio, asumieron esa implicación como condición del conocimiento y no como defecto.

La crítica que aquí se formula señala que la validación del terapeuta que estudia terapeutas, suele apoyarse en la trayectoria académica y en el prestigio de quienes publican, lo que resulta en criterios ajenos a la validación científica.

Entonces, bajo esa misma dinámica cabe preguntar por qué habríamos de confiar, a priori, en que los terapeutas que escriben sobre la persona del terapeuta han resuelto sus propios dilemas relacionales y quedan a salvo de sesgos en su trabajo. Es decir, cabe la duda si no están proyectando su propia experiencia en la de otros y así construyen una regla de interpretación.

Esta limitación rara vez se declara, en especial cuando la investigación se apoya en instrumentos estandarizados como cuestionarios o inventarios, cuyos fundamentos provienen del mismo marco teórico de terapeutas que estudian a terapeutas.

Para profundizar en el problema conviene atender a los mediadores epistémicos del psicoterapeuta,

esto es, los procesos que le permiten describir, interpretar y explicar el sufrimiento de su consultante. Dado que el sufrimiento es subjetivo, el terapeuta no accede a él de manera directa, sino mediante operaciones que actúan como filtros del conocimiento. Entre esos mediadores se cuentan el marco epistémico de cada corriente, la epistemología personal del clínico y la influencia de una epistemología hegemónica de modelo positivista, orientada a objetivar y a psicopatologizar la experiencia vivida.

### ***1.3. El enclaustramiento del saber y la endogamia académica***

Al reproducir saberes descontextualizados, importados del norte global o generados en burbujas universitarias, se perpetúa una imagen del ser humano abstracto que poco tiene que ver con el sujeto vulnerado, empobrecido, endeudado, etc. que llega a los consultorios públicos de Chile y Latinoamérica.

Este enclaustramiento del saber tiene una consecuencia epistemológica que conviene explicitar. Cuando una disciplina define su objeto de un modo que impide transferirlo a otros dominios científicos, renuncia al contraste externo mediante el cual otras comunidades podrían poner a prueba sus afirmaciones.

La psicología (y psiquiatría), al fijar su objeto en una subjetividad concebida como interioridad, queda con frecuencia sin interlocutores fuera de sus propios marcos, y sus resultados transitan en el círculo restringido de quienes comparten esos marcos. De hecho, Kuhn (2004) mostró que la ciencia normal opera dentro de una comunidad que comparte una matriz de supuestos y que determina, desde esa matriz, qué problemas resultan legítimos y qué anomalías merecen atención.

Ese mecanismo, que en las ciencias de objeto transferible se corrige mediante la comunicación entre comunidades distintas, en la psicología clínica tiende a cerrarse sobre sí mismo, porque la validación de sus categorías descansa en la autoridad de sus propios miembros. El efecto previsible es el sesgo de idea de grupo, aquel en el cual un colectivo cohesionado refuerza las creencias que lo unen y desestima las objeciones de un exterior con el que ha dejado de dialogar.

Esta dinámica se inscribe en la formación misma del terapeuta, cuya trayectoria le fuerza de manera progresiva a la atención sobre la subjetividad y desplaza los saberes que permitirían situarla en sus condiciones materiales e históricas, lo que nos devuelve al problema del intimismo.

Pérez Soto (2009) advierte que la pretensión de formar expertos en subjetividad convierte a la psicología en un instrumento de disciplinamiento y reproduce, al constituirse como gremio, los rasgos de una razón científica vuelta autorreferente.

La persona del terapeuta se forma entonces en un espacio que se angosta con cada etapa, donde la interrogación de los propios supuestos se vuelve infrecuente, de manera que el sesgo de idea de grupo responde al modo en que la disciplina enseña a mirar (Pérez Soto, 2009, 2012).

## **2. Caracterización sociodemográfica y feminización de la psicoterapia**

Una aproximación a la persona del terapeuta desde una perspectiva menos intimista exige

considerar quiénes ejercen efectivamente la profesión. La distribución sociodemográfica en América Latina muestra una tendencia clara hacia la feminización y hacia el rejuvenecimiento de la fuerza laboral. La Tabla 1 sintetiza esa distribución en seis países de la región.

**Tabla 1**

*Distribución sociodemográfica de la psicología en seis países de América Latina (2022-2025)*

| País      | Densidad de profesionales registrados (2024-2025) | Distribución por sexo         | Perfil etario                         |
|-----------|---------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Chile     | 93.715                                            | 72,8% mujeres / 27,2% hombres | 46% entre 25 y 40 años                |
| Brasil    | Más de 500.000                                    | 79,2% mujeres / 20,1% hombres | 50% hasta 39 años                     |
| México    | 149.000 (ocupados)                                | 82,3% mujeres / 17,7% hombres | Edad media de 39,2 años               |
| Colombia  | 174.139                                           | 81,9% mujeres / 18,1% hombres | Alta concentración entre 21 y 40 años |
| Argentina | 98.311                                            | 80% mujeres / 20% hombres     | Sin información                       |
| Uruguay   | 7.543                                             | 85,1% mujeres / 14,9% hombres | De 30 a 59 años                       |

*Nota.* La densidad regional y el caso chileno siguen a Pardo-Garrido et al. (2025). Las cifras por país correspondientes a Brasil, México, Colombia, Argentina y Uruguay fueron levantadas de información estadística de cada organismo de salud de estos países y requieren la confirmación de cada consejo o colegio profesional.

Los datos de la Tabla 1, permiten afirmar que la persona del terapeuta tiene mayoritariamente, rostro de mujer. El primer desafío que enfrenta esa profesional, incluso en su primera ecología familiar, suele asociarse a los mandatos de género y a la carga cultural que pesa sobre su corporalidad y sobre el modo de habitar a sí misma.

Conviene precisar qué se sigue de esta caracterización regional y qué no. La feminización y el rejuvenecimiento constituyen un rasgo compartido, atribuible a la división sexual del trabajo de cuidado que organiza a la región (Arango y Molinier, 2011; Rodríguez Enríquez, 2012), y por sí solos no explican las condiciones de ejercicio en ningún país. En América Latina más de la mitad de la matrícula universitaria se concentra hoy en el sector privado, con una dispersión considerable entre países, y Chile se ubica en el extremo superior de esa distribución (Mella San Martín, 2024). El caso chileno opera, por tanto, como un caso extremo antes que como una muestra representativa, y permite observar con nitidez los efectos de un mecanismo que actúa de forma atenuada en el resto de la región.

Con todo, el ethos de la disciplina conserva rasgos patriarcales. Las publicaciones, las docencias y los cargos directivos en la academia recaen en su mayoría en varones, que ocupan buena parte de las autorías en las bibliografías de los programas de estudio. El sistema de publicación contribuye a esa invisibilización, porque la costumbre de abreviar el nombre con la inicial impide reconocer el sexo de quien escribe.

La feminización de la psicoterapia se vincula con la mayor presencia histórica de mujeres en las tareas de cuidado y de educación, un fenómeno que la literatura feminista ha analizado como

resultado de la división sexual del trabajo (Arango y Molinier, 2011; Rodríguez Enríquez, 2012).

En Chile, las mujeres conforman la mayoría de los profesionales de salud, pero su representación en cargos directivos permanece minoritaria. El Sistema de Alta Dirección Pública registraba que las mujeres ocupaban el 30,2% de estos cargos en 2021, proporción que se elevó al 41% en 2024 (González Soto et al., 2021).

Esta brecha se extiende al ámbito salarial. La Encuesta Suplementaria de Ingresos del Instituto Nacional de Estadísticas registra una brecha salarial de 25,5% en desmedro de las mujeres. Aunque no existen datos desagregados específicos para psicólogos, esta brecha opera en profesiones feminizadas como la salud mental y la educación, por lo que resulta razonable asumir que afecta también a la disciplina. La historia de la psicología reproduce así la negación del aporte femenino y mantiene la contribución de las mujeres en un lugar marginal de los registros.

### **3. El desbordamiento de la formación y la lógica del mercado**

El rango etario de quienes ejercen la terapia indica que la mayoría se encuentra en etapas tempranas o medias de su trayectoria profesional y laboral, un patrón que se explica por la expansión reciente de la formación universitaria y por la creciente demanda de servicios de salud mental (primera causa de licencias médicas. Superintendencia de Seguridad Social, 2025).

En Chile, esa expansión alcanzó proporciones notables. Pardo-Garrido et al. (2025) documentan que el país pasó de 117 programas de pregrado en 41 universidades en 2005 a 157 programas en 50 universidades en 2024, con un máximo de 168 programas en 2023. Este crecimiento situó a Chile como el país con la mayor densidad de psicólogos por habitante, estimada en 539 profesionales por cada 100.000 habitantes (Pardo-Garrido et al., 2025).

Aquí se cierra el vínculo entre ambos planos de análisis. El perfil etario que la Tabla 1 registra para Chile constituye un dato demográfico directo que visto desde cerca muestra que de la mitad de las psicólogas y los psicólogos del país tenía entre 25 y 40 años en 2022 y se formó, por tanto, durante el ciclo de crecimiento de la oferta privada (Pardo-Garrido et al., 2025).

El aumento sostenido en el número de profesionales se explica, en parte, por el sistema de créditos que los estudiantes contraen para financiar sus estudios. El sistema, con aval del Estado, comprometió a los futuros profesionales en pagos que se extienden por veinticinco a treinta años, y la morosidad se sanciona con registros que excluyen al deudor de todo el sistema financiero.

Sin embargo, en la actualidad una proporción significativa de estudiantes accede a la gratuidad, lo que modifica el peso de la deuda según el tramo socioeconómico. Aun así, para quienes financian la carrera mediante crédito, la deuda ocupa un lugar central en la configuración de su subjetividad. En los términos de Lazzarato (2013), produce un sujeto obligado a responder por un compromiso que se prolonga durante décadas.

La oferta se concentra, además, en universidades privadas. La Tabla 2 compara la carrera de psicología con otras del área de la salud en función de su costo estructural, y muestra que se trata de una formación de baja inversión para las instituciones, con escasa regulación externa y una alta

proporción de estudiantes por docente.

**Tabla 2**

*Costo estructural y regulación de carreras del área de la salud en Chile*

| Carrera        | Infraestructura requerida                      | Relación docente/estudiante | Regulación externa | Costo anual por cohorte (CLP) | Costo anual aprox. (USD) | Observación                             |
|----------------|------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| Medicina       | Hospitales clínicos, laboratorios, simuladores | Muy baja                    | Muy alta           | 6.000.000 a 10.000.000        | 6.510 a 10.851           | Costo muy elevado y alta fiscalización  |
| Odontología    | Clínicas dentales, insumos permanentes         | Muy baja                    | Muy alta           | 4.000.000 a 7.000.000         | 4.340 a 7.596            | Alto costo de equipamiento y mantención |
| Enfermería     | Laboratorios, campos clínicos regulados        | Baja                        | Alta               | 2.500.000 a 4.000.000         | 2.713 a 4.340            | Alto costo operativo sostenido          |
| Psicología     | Salas estándar, clínicas básicas               | Alta                        | Baja               | 600.000 a 1.200.000           | 651 a 1.302              | Bajo costo estructural                  |
| Trabajo Social | Salas estándar                                 | Alta                        | Baja               | 400.000 a 800.000             | 434 a 868                | Costo estructural muy bajo              |

*Nota.* Elaboración a partir de datos del Ministerio de Educación de Chile. Las cifras se expresan en pesos chilenos (CLP) y en dólares estadounidenses (USD), convertidas con el dólar observado del Banco Central de Chile vigente al 6 de julio de 2026: 1 USD = \$921,74 CLP.

Como se aprecia en la Tabla 2, a diferencia de Medicina o Enfermería, cuyo alto costo operativo y fuerte regulación limitan su expansión, psicología presenta una arquitectura formativa de bajo requerimiento de infraestructura y de baja regulación externa a las casas de estudios que imparten el programa académico.

Estas características facilitan su replicabilidad y la vuelven compatible con la mercantilización de la educación superior. El bajo costo estructural ayuda a comprender por qué la clínica tiende a organizarse en formatos estandarizados, con supervisiones acotadas y una reducción progresiva de los espacios de reflexión epistemológica.

La observación detallada de la oferta universitaria revela una marcada heterogeneidad en la calidad formativa junto a una homogeneidad preocupante en los contenidos. Las Tablas 3 y 4 recogen información obtenida del Ministerio de Educación y de los perfiles de egreso que las propias instituciones publican.

**Tabla 3**

*Similitud curricular y lugar de la formación epistemológica en programas de psicología en Chile*

| Universidad                  | Tipo    | Egresados anuales (aprox.) | Similitud curricular | Formación en filosofía, epistemología y ética |
|------------------------------|---------|----------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|
| U. de Chile                  | Pública | 180 a 220                  | Media                | Estructural y crítica                         |
| Pontificia U. Católica Chile | Privada | 100 a 130                  | Media                | Estructural y crítica                         |
| U. de Santiago de Chile      | Pública | 200 a 250                  | Media                | Epistemología histórica                       |
| U. de Valparaíso             | Pública | 150 a 180                  | Media                | Filosofía explícita                           |
| U. de Concepción             | Pública | 170 a 210                  | Media                | Epistemología obligatoria                     |
| U. de La Frontera            | Pública | 130 a 160                  | Media                | Fundamentos éticos y epistemológicos          |
| U. Andrés Bello              | Privada | 900 a 1.100                | Muy alta             | Ética normativa                               |
| U. Autónoma de Chile         | Privada | 700 a 900                  | Muy alta             | Epistemología aplicada                        |
| U. San Sebastián             | Privada | 650 a 850                  | Alta                 | Ética básica                                  |
| U. Santo Tomás               | Privada | 600 a 800                  | Muy alta             | Ética normativa                               |
| U. Mayor                     | Privada | 500 a 650                  | Alta                 | Ética profesional                             |
| U. Diego Portales            | Privada | 350 a 450                  | Alta                 | Filosofía y epistemología acotadas            |
| U. del Desarrollo            | Privada | 300 a 400                  | Media-alta           | Ética formal                                  |
| U. Central de Chile          | Privada | 300 a 400                  | Muy alta             | Ética normativa                               |
| U. Finis Terrae              | Privada | 200 a 300                  | Media                | Ética formal                                  |
| U. de Las Américas           | Privada | 600 a 800                  | Muy alta             | Ética normativa                               |

*Nota.* La similitud curricular se operacionalizó como el grado de alineación estructural de las mallas con un núcleo formativo dominante, evaluado a partir de la organización de la clínica, el lugar de la psicometría y la presencia de fundamentos epistemológicos. Elaboración a partir de fuentes oficiales (SIES y Datos Abiertos del Ministerio de Educación) y de perfiles de egreso institucionales.

**Tabla 4**

*Orientación clínica, integración de la salud pública y arancel en programas de psicología en Chile*

| Universidad                  | Tipo              | Orientación clínica predominante      | Integración de salud pública | Arancel anual por estudiante (USD) |
|------------------------------|-------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| U. de Chile                  | Pública           | Clínica plural y pública              | Alta                         | 2.800 a 3.360                      |
| Pontificia U. Católica Chile | Privada           | Clínica plural científico-profesional | Media                        | 8.900 a 9.300                      |
| U. de Santiago de Chile      | Pública           | Clínica psicosocial                   | Alta                         | 2.576 a 3.136                      |
| U. de Valparaíso             | Pública           | Clínica integrada a APS               | Alta                         | 2.352 a 2.912                      |
| U. de Concepción             | Privada de acceso | Clínica científico-profesional        | Alta                         | 2.688 a 3.248                      |

|                      |         |                                |            |               |
|----------------------|---------|--------------------------------|------------|---------------|
|                      | público |                                |            |               |
| U. de La Frontera    | Pública | Clínica comunitaria            | Alta       | 2.240 a 2.800 |
| U. Andrés Bello      | Privada | Clínica técnica                | Baja       | 4.704 a 5.376 |
| U. Autónoma de Chile | Privada | Clínica generalista            | Media      | 4.256 a 4.928 |
| U. San Sebastián     | Privada | Clínica generalista            | Media      | 4.480 a 5.152 |
| U. Santo Tomás       | Privada | Clínica funcional              | Media-baja | 4.032 a 4.704 |
| U. Mayor             | Privada | Clínica profesionalizante      | Baja       | 5.040 a 5.600 |
| U. Diego Portales    | Privada | Clínica profesional            | Media      | 6.160 a 6.944 |
| U. del Desarrollo    | Privada | Clínica orientada al desempeño | Baja       | 6.719 a 7.616 |
| U. Central de Chile  | Privada | Clínica tardía                 | Media      | 4.368 a 5.039 |
| U. Finis Terrae      | Privada | Clínica integrativa            | Media      | 5.824 a 6.500 |
| U. de Las Américas   | Privada | Clínica estandarizada          | Media-baja | 3.808 a 4.368 |

*Nota.* La integración de salud pública refiere al grado integración de manera estructural al sistema público como eje curricular, clínico y ético. Elaboración a partir de bases oficiales del Ministerio de Educación de Chile, aranceles de referencia y revisión de mallas y perfiles de egreso disponibles públicamente.

Ambas tablas permiten observar que las diferencias entre proyectos formativos no se explican por sus orientaciones académicas declaradas, sino por condiciones estructurales asociadas a la mercantilización.

La concentración de egresados en universidades privadas, unida a la alta similitud curricular, configura un escenario en el que la formación se organiza según criterios de estandarización y de escalabilidad. En ese contexto, la filosofía y la epistemología pierden su función de problematización del saber y se desplazan hacia usos instrumentales.

El contraste con las universidades públicas resulta ilustrativo. Allí donde las cohortes son más reducidas y la salud pública se conserva como eje formativo, persisten proyectos en los que la clínica se articula de manera situada y la ética mantiene una dimensión política vinculada al rol del Estado. El currículum, lejos de ser neutro, produce disposiciones profesionales específicas, esto es, formas de comprender el sufrimiento y de asumir, o de eludir, una responsabilidad pública.

A diferencia de otros países que regulan la profesión mediante exámenes nacionales y colegiaturas obligatorias, el modelo chileno carece de mecanismos externos de control efectivos desde que el Decreto Ley 3.621 de 1981 suprimió la obligatoriedad de la colegiación y transformó los colegios profesionales en asociaciones gremiales. La consecuencia es una tendencia a la desprofesionalización que limita el compromiso social de la disciplina.

#### **4. Psicologización de la pobreza y despolitización del malestar**

La psicología clínica (incluida la psiquiatría) y comunitaria en Chile ha sido señalada por su participación en la psychologización de la pobreza. Este proceso traduce problemas de origen estructural, como la desigualdad o la falta de vivienda, a un lenguaje psicopatológico individual (Pérez Soto, 2012).

La psychologización funciona como un mecanismo de despolitización. Al individualizar el

sufrimiento se invisibilizan las relaciones de poder. El clínico que diagnostica una depresión en una mujer endeudada, sin considerar los determinantes sociales de su situación, contribuye a sostener el orden vigente. La intervención se concentra entonces en activar al usuario o en mejorar su “resiliencia”, y oculta que lo que requiere reparación que alcanza también al tejido social (Pérez Álvarez et al., 2018; Pérez Soto, 2012).

Esta operación afecta al propio terapeuta. Cuando la formación lo entrena para leer el malestar en clave individual, el clínico pierde el vocabulario que le permitiría nombrar su propia precariedad como un problema común, y tiende a procesarla como una falla personal. La despolitización del sufrimiento ajeno y la del sufrimiento propio resultan, en este sentido, dos caras del mismo dispositivo de régimen de la subjetividad.

### Conclusiones

El recorrido por la mercantilización de la formación, el endeudamiento, la feminización y la precarización permite concluir que la persona del terapeuta en Chile constituye un territorio en disputa. Lejos del ideal del profesional liberal y autónomo, el clínico real es un trabajador asalariado o pseudoasalariado (Linn, 2007), con frecuencia endeudado, mayoritariamente mujer, sometido a una exigencia emocional y burocrática considerable. Ese perfil comparte con el resto de América Latina su composición demográfica y se distingue por la intensidad del mercado formativo que lo produjo.

La crítica al subjetivismo propone situar el trabajo clínico para reconocer que no hay subjetividad sin condiciones materiales que la hagan posible, de lo contrario solo postulamos perspectivas intimistas.

Esto supone repolitizar el malestar, es decir, comprender el sufrimiento psíquico en su relación con la injusticia social y validar las narrativas que politizan el dolor. Supone también desprivatizar el daño, desplazando la atención desde el autocuidado individual hacia el cuidado colectivo y la organización gremial, cuya debilidad en Chile ha sido documentada como efecto de la descolectivización neoliberal y de la crisis de representación del Colegio de Psicólogos (de Armas Pedraza et al., 2019). Supone, por último, reformar una formación que ha cedido a la endogamia, incorporando saberes que preparen al estudiante para la realidad de América Latina.

El reconocimiento del sesgo de idea de grupo debiera ocupar un lugar en la agenda formativa. Una comunidad que valida sus afirmaciones por la sola autoridad de sus miembros tiende a confundir el consenso interno con la verdad (Kuhn, 2004), y en la psicología clínica ese riesgo se agrava porque la intransferibilidad de su objeto la deja sin los interlocutores que en otras disciplinas corrigen las desviaciones del juicio colectivo. Pérez Soto (2009) advierte que la constitución gremial de la disciplina refuerza esa clausura. Situar la clínica supone aceptar que la revisión de los propios supuestos es una condición del rigor y no una amenaza a la identidad profesional.

Solo al asumir su propia condición de sujeto producido histórica y socialmente, con sus vulnerabilidades y sus potencias, podrá el terapeuta construir un vínculo genuinamente emancipador con quienes acompaña y consigo mismo(a).

## Referencias

- Aponte, H. J. (1992). Training the person of the therapist in structural family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(3), 269-281.
- Arango, L. G., y Molinier, P. (Comps.). (2011). *El trabajo y la ética del cuidado*. La Carreta Editores; Universidad Nacional de Colombia.
- De Armas Pedraza, T., Venegas Ahumada, C., Salas, G., y Aguilar-Bustamante, M. C. (2019). Neoliberalismo y declive institucional en Chile. La individualización del malestar laboral en psicólogos. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-17.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-4.ndic>
- Decreto Ley 3.621 de 1981 [Ministerio de Justicia]. Fija normas sobre colegios profesionales. 7 de febrero de 1981. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=7195>
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)* (H. Pons, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 2004)
- Goffman, E. (2006). *Frame analysis: Los marcos de la experiencia* (J. L. Rodríguez, Trad.). Centro de Investigaciones Sociológicas; Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1974)
- González Rey, F. (2002). *Sujeto y subjetividad: Una aproximación histórico-cultural*. Thomson.
- González Soto, P., Andrade Muñoz, M., Pizarro Boré, X., Fernández Vergara, A., y Paredes Navarro, P. (2021). *Estudio Participación de las Mujeres en el Sistema de Alta Dirección Pública (SADP)*. Servicio Civil.
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna: Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda* (S. Llach, Trad.). Katz Editores. (Trabajo original publicado en 2008)
- Kuhn, T. S. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas* (C. Solís Santos, Trad.; 2ª ed.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1962)
- Lazzarato, M. (2013). *La fábrica del hombre endeudado: Ensayo sobre la condición neoliberal* (H. Pons, Trad.). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 2011)
- Linn, H. (2007, 9-10 de noviembre). La situación laboral del psicólogo en Chile [Ponencia]. VII Congreso Nacional de Psicología, Santiago, Chile.
- Mella San Martín, C. (2024). Privatización y desigualdad de acceso en educación superior en América Latina. *Revista Educación Superior y Sociedad*, 36(2), 497-524.  
<https://doi.org/10.54674/ess.v36i2.794>
- Pardo-Garrido, L., Varas, F. I., Urzúa, A., Soto, M., Miguez, G., Quezada-Scholz, V. E., y Laborda, M. A. (2025). Situación actual de la formación en psicología en Chile. *Psykhé*. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2024.80170>

- Pérez Álvarez, M., Sánchez González, J. C., y Cabanas Díaz, E. (2018). *La vida real en tiempos de la felicidad: Crítica de la psicología (y de la ideología) positiva*. Alianza Editorial.
- Pérez Soto, C. (2009). *Sobre la condición social de la psicología*. LOM Ediciones.
- Pérez Soto, C. (2012). *Una nueva antipsiquiatría: Crítica y conocimiento en psicología*. LOM Ediciones.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro* (A. Neira, Trad.). Siglo XXI.
- Rodríguez Enríquez, C. (2012). La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico? *Revista CEPAL*, (106), 23-36.
- Superintendencia de Seguridad Social. (2025). *Informe de evolución de licencias médicas electrónicas 2024*. SUSESO. <https://www.suseso.cl>
- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 61-69.
- Taylor, C. (1994). *La ética de la autenticidad*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1991)
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1990).
- .