



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**DESERCIÓN TERAPÉUTICA:**

**UNA MIRADA DESDE LOS PSICÓLOGOS EN FORMACIÓN DEL  
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA  
DE LA UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**

Profesora Guía: Rosa Molina

Metodólogo: Genoveva Echeverría

Alumna: Natalia Cuevas Ramírez

***Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología***

***Santiago, enero de 2014***

## RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer los significados que atribuye a la deserción terapéutica de sus pacientes adultos, un grupo de psicólogos/as egresados de la UAHC, que realizaron su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la misma universidad, durante el año 2013.

Para esto, se contó con la participación de 6 terapeutas en formación, que fueron supervisados desde distintos modelos o enfoques psicológicos en dicho centro de atención terapéutica.

La investigación fue de corte cualitativo, y profundizó en elementos y sustento teórico desde una mirada constructivista en su vertiente postracionalista, lo cual permitió visibilizar el significado personal que para cada psicólogo en práctica, tuvo la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

Algunos de los hallazgos que se incluyen, son el de la deserción como un fenómeno relacional que incluye tanto al paciente como al terapeuta.

Asimismo, que suscitada una deserción terapéutica -sea cual fuere el momento en que se encuentre el/la psicólogo/ga- debe seguirle a continuación un proceso reflexivo, más allá del quehacer profesional.

No puede sino, ante el escenario descrito, ser contemplada en la formación de pregrado de los psicólogos clínicos, la deserción terapéutica, como aporte al quehacer clínico, y por ende, a la construcción del estilo terapéutico, de modo tal que facilite la reflexión, tanto respecto del paciente que se queda, como del que toma la decisión de dejar la terapia.

## INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. ANTECEDENTES</b> .....  | <b>4</b>  |
| 1. Introducción .....   | 4         |
| a) Centro de Atención Psicológica, Caps.....                        | 4         |
| 2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación. ....       | 11        |
| 3. Aportes y Relevancia de la Investigación. ....                   | 15        |
| a) La Psicoterapia.....   | 18        |
| b) Contexto formativo del Psicólogo en práctica .....               | 19        |
| c) Sentido y cuestionamientos del terapeuta en la deserción. ....   | 19        |
| <b>II. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS</b> .....                  | <b>21</b> |
| 1. Objetivo General.....  | 21        |
| 2. Objetivos Específicos .....                                      | 21        |
| <b>III. MARCO TEÓRICO</b> .....                                     | <b>22</b> |
| 1. <u>Ámbito del Quehacer Terapéutico</u> . ....                    | 22        |
| a) La Psicoterapia:.....  | 24        |
| b) Factores Comunes .....   | 26        |
| c) Factores del Terapeuta .....                                     | 29        |
| d) Relación y Alianza Terapéutica .....                             | 33        |
| e) Dificultades en el ámbito terapéutico .....                      | 35        |
| f) Deserción terapéutica. ....                                      | 39        |
| 2. <u>Conocer Los Significados Del Psicólogo en Práctica:</u> ..... | 45        |
| a) Acceder a la realidad .....                                      | 46        |
| b) Identidad Personal .....   | 47        |
| c) Experiencia y su significado. ....                               | 49        |
| <b>IV MARCO METODOLOGICO</b> .....                                  | <b>52</b> |
| 1. Perspectiva Metodológica .....                                   | 52        |
| 2. Tipo y Diseño de Investigación .....                             | 54        |
| 3. Diseño Muestral.....   | 55        |
| 3.1 Universo .....  | 55        |
| 3.2 Muestra .....   | 55        |
| 4. Técnica e instrumento de recolección de información .....        | 57        |
| 5. Análisis de la información:.....                                 | 58        |
| <b>V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....                      | <b>60</b> |
| 1. Resultados y análisis: .....                                     | 60        |
| 2. Conclusiones .....   | 85        |
| <b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b> .....                                       | <b>97</b> |

## **I. ANTECEDENTES**

### **1. Introducción**

La práctica profesional constituye uno de los hitos esenciales en la carrera profesional del/la psicólogo/a, que como todo egresado universitario, debe cumplir con éste y otros requisitos para su posterior titulación.

En la mayoría de los casos, este escenario representa un mundo nuevo, equivalente a la inserción profesional; cuyo quehacer estará determinado -entre otros elementos- por el área de psicología escogida, el enfoque desde el cual decida intervenir -en tanto lo tenga definido-, y al lugar seleccionado para realizar su práctica profesional.

#### **a) Centro de Atención Psicológica, Caps.**

El Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la Escuela de Psicología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, “constituye un dispositivo central en la formación de los estudiantes de dicha Escuela, y un servicio a la comunidad a través de la atención a personas y/o instituciones que lo requieran” ([www.academia.cl](http://www.academia.cl))

Asimismo, constituye éste un espacio que permite articular la formación teórica y conceptual de los estudiantes, con experiencias prácticas supervisadas de atención psicológica a personas y grupos; y un espacio que brinda a los estudiantes egresados la oportunidad de formación y estudios prácticos en el área clínica de su interés, a través de grupos de estudios y supervisión.

En este contexto, el proceso de práctica laboral se realiza en un lapso acotado, debiendo cumplir con horas en las áreas clínicas, comunitarias y psicodiagnósticas.

En efecto, el CAPs trabaja fundamentalmente en la recepción de pacientes a través de una primera entrevista, los cuales son derivados con posterioridad a las distintas supervisiones, dependiendo de las particularidades de cada caso.

Constituye el contexto descrito, un lugar de ejercicio cuyas condiciones “ideales”, permiten al psicólogo en formación, dar continuidad a su formación académica como también, en la mayoría de los casos, un primer acercamiento a su inserción profesional, (con natural escasa o nula experiencia, y acotado conocimiento teórico).

Por último, y en relación con la evaluación o pauta para la “estructuración del informe final de práctica”, éste deberá considerar los siguientes aspectos de cada psicólogo en formación o práctica (*Parte Anexos. Reglamento de Prácticas Profesionales Escuela Psicología, UAHC, 2006*):

1. *“El cumplimiento de los objetivos propuestos por el/la estudiante/a en su proyecto de práctica profesional”.*
2. *“Las tareas realizadas y aquellas que no fueron contempladas inicialmente en el Proyecto de Práctica”.*
3. *“Los resultados esperados y los resultados no esperados relacionados con los objetivos propuestos en el proyecto de práctica profesional”.*
4. *“Las fortalezas y debilidades manifestadas por el/la estudiante/a en la experiencia de Práctica profesional, tanto en lo técnico como en lo teórico y especialmente en lo relacionado con el ejercicio práctico.”*
5. *“Una evaluación sobre la coherencia entre la relación de la formación obtenida a lo largo de la carrera y las funciones y tareas realizadas en la Práctica Profesional”.*

6. *“La experiencia vivencial del trayecto en la Institución que oficia como Lugar de Práctica, de sus relaciones con el Supervisor de Terreno y con otros profesionales, etc. Lo mismo con su Supervisor UAHC.”*

**b) Práctica profesional y el quehacer del psicólogo en formación.**

En el transcurso de la práctica, se espera que el psicólogo clínico *“aplique en situaciones de la realidad los aprendizajes teóricos y las técnicas especializadas que ha aprendido durante el transcurso de sus estudios profesionales, asumiendo actividades propias del psicólogo”*. (Art. 1º Reglamento de Prácticas Profesionales Escuela Psicología, UAHC, 2006).

En dicho contexto, la actividad fundamental del quehacer del psicólogo en práctica, se sustenta en la relación paciente-terapeuta, ámbito clave, en cuyo desarrollo se espera que el paciente pueda alcanzar el cambio y con ello un mejor bienestar (Arnkoff, y otros, 1994).

En el mismo sentido, eventualmente, dicha relación terapéutica, lleva implícito otro proceso que se debe asumir como parte de la misma, cual es, la *deserción por parte de los pacientes de la psicoterapia*.

Cabe señalar, que aún cuando la presente investigación se enmarca en un contexto de ejercicio profesional en ciernes, o incipiente, éste no es otra cosa, que el ámbito de la psicología clínica, y como tal, no está exento de lo señalado por M. Mahoney (1991), citado por Rondón, Otálora y Salamanca (2009), cuando describe la *deserción* de diversos modos, ya sea como *abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia, discontinuidad terapéutica*.

En todos los casos se refiere a la *no culminación de un proceso terapéutico*, solicitado luego de haber establecido contacto con un terapeuta; dicha interrupción antes o durante el desarrollo formal del proceso, sin notificar razón alguna.

Por su parte, en el lugar donde se desarrolla esta investigación: el Centro de Atención Psicológica de la UAHC, la deserción del paciente dice relación con la inasistencia de éste, al menos en tres ocasiones seguidas (sesiones), sin haber expresado motivo, ni haber informado oportunamente.

A continuación, los terapeutas en formación, deben realizar la “*epicrisis*” relativa al paciente; en la cual se deberá especificar la hipótesis respectiva de deserción.

Es importante precisar que la presente investigación profundiza específicamente en la deserción de los pacientes adultos del Caps, en tanto que a diferencia de los pacientes infantiles, se entiende que el paciente adulto hace uso de su voluntad para asumir un proceso terapéutico, lo cual no siempre se da en pacientes infantiles.

De ahí, que sea importante recoger los significados del psicólogo en formación, sobre la deserción de sus pacientes, sin perder de vista la voluntad de su paciente.

Así las cosas, y como en toda práctica profesional, el quehacer del psicólogo clínico, está matizado por los temores Iniciales de los Estudiantes de Psicología, lo cual *conlleva la movilización de importantes ansiedades, independientemente de la afiliación teórica en la que se inscriban* (Foladori, 2009), de lo cual se puede inferir o al menos hipotetizar que dichas deserciones se sumarían a lo complejo o tensionante del período de práctica o formación profesional de cualquier psicólogo en pregrado, problemática que de no ser abordada adecuadamente en la respectiva supervisión, y revisada con seriedad de parte del psicólogo en formación podrían claramente tener consecuencias.

### **c) La Relación Terapéutica.**

Por su parte, y en relación directa con el contexto de esta investigación, es preciso dar cuenta del vínculo terapéutico, y la empatía del terapeuta en la

terapia, que de acuerdo a Zagmutt (2008), se funda en dos aspectos esenciales: “Es tanto una comprensión interpretativa de la experiencia del otro (lectura de la mente) como una comprensión experiencial que involucra una experiencia emocional personal real.” (p.25).

En este sentido, Feixas (1993), menciona que el protagonismo que cumplen tanto el paciente como el psicoterapeuta es de vital importancia para que el proceso de cambio subsista y no se pierda.

Dicho protagonismo debe ser compartido, y, para tener una visión más crítica y más compleja, se debe contar con la voz activa de ambos.

Esto quiere decir entonces, que es válido dentro del campo de formación, que el terapeuta dé un sentido a cómo ha sido el enfrentarse al fenómeno de la deserción a lo largo de sus estudios y su práctica clínica, tocando, por momentos, puntos sensibles de la historia de vida propia (Sánchez, 2011).

Así y todo, en palabras de Zagmutt (2008), los terapeutas se enfrentan a menudo con que las dificultades encontradas en el **ejercicio real** de la profesión **-con los pacientes reales** con que trabajamos- exceden la capacidad explicativa del modelo con que trabajamos.

#### **d) Deserción en el ámbito terapéutico para el psicólogo/a en formación.**

Como se ha señalado anteriormente el hallazgo de material bibliográfico relativo a cómo vivencia el abandono terapéutico de sus pacientes, el psicólogo en formación, es escaso. Es decir, lejos de ser abundante, se ha advertido un interés menor en develar los significados y las representaciones del psicoterapeuta con relación al fenómeno de la deserción.

Lo anterior, ha implicado pesquisar y recoger aportes de diversas investigaciones relativas a “las problemáticas, tensiones del psicólogo/a llamado ‘novato’ o ‘psicólogo en formación’, como asimismo otros trabajos



que han profundizado en “los denominados errores –comunes- detectados por estudiosos y supervisores de dichos psicólogos en formación.”

Ha significado asimismo, recoger miradas desde distintos enfoques, y que son evidentes aportes a la presente investigación, tanto por la riqueza de las conclusiones desde diversas posturas o escuelas psicológicas (enfoques), como de lo que se puede inferir de las investigaciones.

En concordancia con lo anterior, de las investigaciones consultadas sobre “deserción en psicoterapia”, (Alcázar, 2007; Hernández, 1990; Ayala, 1989; Porcel, 1998; Toledano y Palomar, 1986; Garfield, 1986; Bergin y Garfield 1994, Gavino y Godoy, 1993; Albornoz y Moya, 2005), los autores referidos, concuerdan que la deserción es un fenómeno complejo, cuyo campo de investigación es amplio y desconocido (Sánchez, 2011).

Asimismo, dichos trabajos coinciden en que el fenómeno se ha abordado -como un intento de mejorar la calidad de la atención que se presta-, más desde una perspectiva de “atención al cliente”, que desde una revisión a la praxis. **Enfatizan adicionalmente, la importancia que tiene el fenómeno dentro de la formación de los profesionales que se dedican a la psicoterapia.**

En lo concerniente a la metodología, gran parte de las investigaciones encontradas, han adoptado una perspectiva cuantitativa, abordando el tema de la deserción desde lo estadístico (Sánchez, 2011), y no necesariamente desde lo que significa para las personas, **tanto para los psicoterapeutas como para los pacientes**, la experiencia de la deserción en psicoterapia, lo cual constituye una diferencia marcada con el presente estudio, el cual opta por una metodología cualitativa.

En este sentido, y respecto de una investigación previa, realizada en el mismo contexto de la presente investigación, es preciso mencionar el resultado de la investigación expuesta en **la tesis realizada el año 2012, por Pablo**

**Magaña y Cristián Torres**, de la Academia de Humanismo Cristiano. La misma, además del aporte en la profundización en la deserción desde aquella primera persona: el paciente, dio cuenta en el transcurso de su investigación de la escases de registros de “hipótesis diagnósticas” en las respectivas epicrisis, y que evidenciarían “la baja cantidad de terapeutas que incluyeron ese dato en las respectivas epicrisis del proceso psicoterapéutico”; constatando en no pocas ocasiones, que dichas hipótesis eran reemplazadas por datos relacionados con la asistencia del paciente, con cambios en el contexto laboral y familiar del paciente, con el motivo de consulta, entre otros, y que no decían relación con aquello co-sustancial y relativo a la deserción que motivara la deserción del paciente (Pablo Magaña, Christian Torres, 2012).

Al respecto, lo expuesto por los autores, invita sin duda a la reflexión que se espera realizar a través de la presente investigación, esta vez, por parte del psicólogo en formación sobre la deserción de sus pacientes.

Es decir, abordar el fenómeno desde la perspectiva **de quien atiende: desde el terapeuta, es un elemento que distingue justamente –como se ha señalado previamente- y hace parte de los avances propuestos en esta investigación.**

En efecto, la presente investigación se distingue por buscar **en la mirada del “terapeuta en formación”**, lo que en palabras de Arciero (2009) es la “experiencia irreductible de ser sí mismo relevante para el sujeto que la vive, el cual puede ser capaz o no de explicarla (...). Lo que siente al ser ese Sí Mismo es accesible solo desde su peculiar punto de vista”.

Esto a diferencia del punto de vista en tercera persona, en donde se hacen descripciones de la experiencia que no están conectadas manifiesta y directamente con el sujeto que realiza la descripción, (Varela, 2002).

En efecto, en la mirada del/de la psicólogo/a en formación están los significados que para éste/ésta tiene dicha deserción, cuya profundización y

conocimiento podría aportar lo propio a las perspectivas que abordan el “*abandono psicoterapéutico*”, en función –casi exclusivamente- de **mantener al paciente en el proceso**.

Lo propuesto por esta investigación tiene un sentido *anverso*, es decir, conocer la otra cara de la deserción terapéutica desde “la persona del psicólogo (en formación)”; y con la finalidad que éste **se reflexione a sí mismo en dicha práctica clínica, respecto de los pacientes que desertan de la psicoterapia**; elementos ambos, escasamente explorados.

Posteriormente, y para analizar los elementos expuestos, el marco teórico se articulará con elementos desde una mirada constructivista cognitiva, y principalmente desde la perspectiva posracionalista.

Por último, y como se señaló anteriormente, el enfoque metodológico que se utilizará, será el método cualitativo, realizando el análisis a partir del discurso de los protagonistas de la presente investigación, de acuerdo al fenómeno objeto de la presente investigación, en la cual se cruzan aspectos tanto personales como de formación académica del sujeto de investigación. Así, la elección de los ejes documentales, metodológicos y de recolección de los datos, se encausan en los modelos ad-hoc a este tipo de investigación.

## **2. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación.**

La presente investigación se enmarca en la campo de la formación de la psicología clínica. Al respecto, cabe señalar que la relación psicólogo-paciente al ser investigada desde distintos enfoques y miradas, se señala -coincidentalmente- como un elemento esencial del proceso terapéutico para que el paciente pueda alcanzar un mejor bienestar (Arnkoff, 1994; Guidano, 1994; Guidano y Liotti, 1983).

Por su parte, de los trabajos pesquisados en relación al **quehacer del psicólogo o terapeuta en formación**, parece oportuno exponer lo

desarrollado y concluido por Candarle, Álvarez y Vieyra (2012), en su trabajo *“El terapeuta inicial, Ética, Entrenamiento y Supervisión, desde un abordaje de integración Cognitiva”*, donde señalan que la formación y labor terapéutica se centraría en tres pilares: 1. *El trabajo sobre la propia persona*; 2. *La supervisión* y 3. *La formación teórico/técnica*.

Asimismo, indican los autores: *“En los comienzos de la labor profesional, la inseguridad respecto al desempeño es tan grande que a veces se torna secundario el mundo del paciente.*

*El joven –o inexperto- terapeuta está muy centrado en lo que dice o no dice, hace, no hace o debería haber hecho”.*

Así, es perfectamente posible, que el psicólogo en práctica centre su mirada, atención y esmero a “cumplir las expectativas”, dejando en un plano secundario las que pudo haber advertido en el paciente, es decir, el mundo del paciente.

Lo propio respecto de las conclusiones del trabajo referido:

i) *La supervisión es uno de los pilares de la labor profesional. Existiendo diferentes etapas y estilos. Se propone al respecto, la supervisión grupal como el espacio más propicio para el crecimiento y la formación del terapeuta; ya que la misma aportaría riqueza y diversidad de miradas. Por cuanto, estimula la participación de los terapeutas y el sentido de agencia. Posibilita el ir afirmándose sobre un estilo único y particular. Vemos que nacen proyectos laborales, de investigación, de estudio (este trabajo por ejemplo).*

ii) *El grupo da identidad, pertenencia y compensa la soledad del consultorio; comprobando que el apoyo emocional de un cónyuge o ser querido, junto con relaciones de apoyo de compañeros y colegas, resultaba muy útil para reducir el estrés de los estudiantes (...).*

iii) Por último, -resumidamente- se transcriben preguntas recogidas en su investigación y que representan una mirada que aporta al objetivo general de la presente investigación: *¿Qué es lo mejor para esta persona en este momento vital?; ¿Cuál es el camino para el cambio que busca o necesita? ¿Qué enfoque me aporta las mejores herramientas? ¿Cuál condice mejor con el estilo de este paciente? ¿Soy el mejor terapeuta para dicho paciente? ¿Puedo atenderlo?*

De lo descrito, parece necesario concordar al menos, que sin perjuicio del enfoque o modelo psicológico en el cual un psicólogo se encuentre en práctica, las dificultades tensionantes son transversales.

Por otra parte, aún cuando el contexto de práctica descrito: Centro de Atención Psicológica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, cuenta con las respectivas y regulares supervisiones de práctica para cada modelo o enfoque psicológico, y que los estudiantes poseen un conocimiento y experiencia –acotados- en el último año de su carrera, pareciera al menos oportuno un llamado de atención a la propia persona del psicólogo **en práctica, para que éste pueda reflexionar respecto de sí mismo en dicha práctica clínica, y la deserción psicoterapéutica de sus pacientes.**

Como se indicó anteriormente, de la respectiva revisión bibliográfica realizada, fue posible advertir que en diversos enfoques, el análisis descrito en el objetivo general, ha tenido escaso desarrollo: es decir, hay escasa profundización en el conocimiento de *los significados que construyen los psicólogos en formación o en práctica profesional, en relación a la deserción de la psicoterapia, por parte de sus pacientes adultos.*

Por otra parte, cabe señalar, que en el ámbito de la investigación científica tradicional, uno de los objetivos esenciales es llegar a *una verdad*, o al menos conclusión última a través de la objetividad, en mérito de lo cual se

hacen los esfuerzos y planificación necesarias para minimizar a cabalidad las consideraciones u opiniones de los observadores.

Lo anterior, implica claramente una forma paradigmática de elaborar o extraer el conocimiento, y que afirma esencialmente que los objetos tienen una existencia independiente y externa de la experiencia sensible del ser humano (Alvarez-Gayou, 2010); y que a decir de diversos autores, dichos principios básicos como ciencia tradicional y método empírico tradicional, estarían siendo cuestionados hace décadas.

En contraste con lo anterior, la presente investigación indagará en la subjetividad de *la persona del psicólogo en formación*, para conocer su mundo interno, y así poder acceder a los significados que éste da a la deserción de sus pacientes. Ciertamente, aquello permitirá ir deconstruyendo el discurso de la persona del psicólogo en formación, para así ir tejiendo sus reflexiones en torno al fenómeno.

A este respecto, cuando hablamos de la subjetividad de este psicólogo en práctica o formación, debemos recoger lo dicho por Nagel (citado en Ángel, 2000), cuando describe el carácter irreductible del punto de vista subjetivo para acercarse a la naturaleza real de la experiencia humana, en los siguientes términos: Si el carácter subjetivo de la experiencia sólo se comprende plenamente desde un punto de vista, entonces cualquier cambio en busca de mayor objetividad, esto es, menos vinculado con un punto de vista específico, no nos acerca a la naturaleza real del fenómeno: nos alejaría de ella.

Por tanto, aquél punto de vista subjetivo, el de la propia experiencia de un sujeto, -psicólogo en formación- es el que permitirá la comprensión de la experiencia y por tanto significados –para éste- respecto de la deserción de sus pacientes. Esto por cuanto, dicho punto de vista, es la esencia del mundo interno y no sólo un punto de vista sobre éste (Nagel, 1974, citado en Ángel, 2000).

En síntesis, para conocer la experiencia del otro desde su particular punto de vista, cualquiera sea su experiencia, es imprescindible llegar, acercarse o acceder a ésta para acceder al “significado personal” que cada psicólogo en práctica da a la “deserción terapéutica de sus pacientes adultos. Así, la **comprensión** de dicha experiencia no puede separarse de la propia **experiencia de los psicólogos en práctica, sujetos de la presente investigación.**

A partir de lo expuesto, la pregunta que permitiría acceder al conocimiento de la experiencia los psicólogos en práctica, respecto de la deserción terapéutica de sus pacientes adultos, debe formularse del siguiente modo:

**¿Cuáles son los significados que construyen los psicólogos egresados de la UAHC, que realizan su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica de la UAHC el año 2013, respecto de la deserción terapéutica de sus pacientes adultos?**

### **3. Aportes y Relevancia de la Investigación.**

En esta parte, y antes de continuar, es necesario precisar que aún cuando en el proceso de práctica o formación de un psicólogo, emergen diversas dificultades, problemáticas o tensiones, la deserción terapéutica de los pacientes adultos, es sólo uno de ellas.

De este modo, y como se ha referido suficientemente, esta investigación se centra en el significado que para el psicólogo en formación, tiene dicho abandono prematuro de la terapia por parte de sus pacientes adultos, en cuyo trabajo de indagación, la investigación cualitativa permitirá adentrarnos en la experiencia de este terapeuta novato, conjugándola con las unidades teóricas de nuestro interés: el significado y el sentido (constructivismo, posracionalismo), permitiendo tener una identificación de aquellos indicadores

vinculados con la historia personal de los sujetos, sus comprensiones acerca de la deserción (psicología), sus motivaciones y aspiraciones profesionales.

Asimismo, este interés por comprender los procesos formativos desde la propia voz de los psicólogos que participaron en esta investigación tiene que ver con conocer desde su experiencia lo que piensan de su vocación profesional, de la psicoterapia, lo que consideran que han aprendido, lo que creen que se espera de ellos en este ejercicio clínico, y lo que sienten en torno a su formación y vida personal.

En efecto, y como se refirió anteriormente, la relevancia de esta investigación, se vincula con la profundización y comprensión de la experiencia del psicólogo *que realiza su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica de la UAHC* durante el año 2013, respecto de la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

*Acceder a los significados que construyen los psicólogos que realizan su práctica profesional en el Caps, en relación al fenómeno de la deserción terapéutica, por parte de sus pacientes adultos;* permitirá deconstruir los discursos e ir tejiendo reflexiones en torno al fenómeno, y sus implicancias en torno al contexto de formación profesional y personal del terapeuta.

Consecuentemente, la comprensión por parte del psicólogo en formación de las propias "implicancias" o "significados personales" originados en la deserción de sus pacientes, puede convertirse en un valioso aporte para mejorar la calidad de sus intervenciones, tanto en el contexto de la práctica, como en su futuro ejercicio clínico terapéutico, en tanto, proceso de retroalimentación individual de dichos terapeutas en el trabajo clínico con sus pacientes.

En virtud de lo anterior, y aún cuando hablamos de un fenómeno que al menos presenta dos caras de una moneda, o matices si se quiere, profundizaremos en el abandono del proceso psicoterapéutico por parte del



paciente, pero esencialmente “en relación con el significado que el terapeuta da a ésta deserción”.

Este enfoque busca atender y comprender el “significado personal” de cada terapeuta en formación, lo que permitirá no sólo conocer la experiencia sobre de deserción de su(s) paciente(s), sino que también **reflexionar y observar la propia práctica clínica del terapeuta**, ya que la deserción de una psicoterapia tiene la dualidad de relacionar la experiencia interna del paciente y la propia del psicólogo.

En efecto, Guidano (1991), refirió que los seres humanos construimos significados y vivimos en ellos, por cuanto no podemos ser o estar sin darnos explicaciones de lo que nos acontece. Así, cada uno de nosotros tendría un significado de sí mismo, que nos permite reconocer como propia cada una de nuestras experiencias, manteniendo así un sentido unitario y coherente.

Todo esto tiene consecuencias prácticas para la clínica en general, y para los psicólogos del CAPS en particular, ya que permite, a partir de un auto-análisis de las intervenciones y el trabajo en general del terapeuta, iniciar a posteriori, procesos de reflexión mucho más profundos en cuanto a la experiencia de los pacientes en psicoterapia, poniendo ahora la atención en cómo estos han vivenciado su psicoterapia y su relación con ellos.

Por consiguiente, se desprende también una relevancia social de los resultados de esta investigación, ya que al beneficiar a los terapeutas en su labor clínica, los siguientes beneficiados serán los pacientes, producto de la implicancia que los elementos de autoanálisis pueden tener en el ejercicio de la profesión.

En concordancia con lo anterior, es posible distinguir al menos tres aportes relevantes que esta investigación pretende desarrollar:

### **a) La Psicoterapia**

De la revisión bibliográfica realizada, particularmente relativa a la investigación del ámbito terapéutico y los elementos que harían que la terapia funcione, Moncada y Kühne (2003), profundizan en la importancia para los psicólogos clínicos, respecto de la identificación de los “factores curativos” que permiten mejorar las técnicas y sus resultados esperados en el proceso terapéutico.

Así, para estos autores, una línea de investigación esencial es la que profundiza en los factores comunes o no específicos, es decir, variables tales como la relación terapéutica y la alianza terapéutica, entre otras; que están presentes en todas las escuelas, y que no tienen directa relación con el marco teórico en el que se basan. Refieren dichos autores, que estos factores comunes determinan más del 30% de los resultados de la psicoterapia. Así, la alianza terapéutica, particularmente el vínculo terapéutico y el paciente son ejes esenciales en el desenlace esperado por el paciente, a través de su proceso terapéutico.

En concordancia con lo anterior, la presente investigación cumple con la función de motivar el desarrollo y mejoramiento del quehacer terapéutico, como también dar cuenta, de la importancia del paciente que se queda, como del paciente que deserta, y particularmente en ese contexto, el significado que el psicólogo en práctica otorga a dicha deserción.

En efecto, se espera realizar un aporte teórico respecto de la deserción, desde la persona del terapeuta o psicólogo en formación, escasamente profundizado; recogiendo el fenómeno no necesariamente desde una investigación cuantitativa como son en su mayoría en el ámbito de la deserción terapéutica.

## **b) Contexto formativo del Psicólogo en práctica**

Por otra parte, también se espera hacer un aporte teórico, respecto “del quehacer del psicólogo en formación”, en tanto, ésta ha sido una materia escasamente estudiada y profundizada.

Así, la ocurrencia del fenómeno, enmarcado en el contexto de la **formación del campo de la psicoterapia**, permitirá profundizar en la relación e implicancias del mismo con la formación académica de pregrado.

En este sentido, es factible aportar a aquellas perspectivas que se ocupan de **mantener al paciente en el proceso** -desde un sentido inverso- esto es, que el **psicoterapeuta en formación, reflexione sobre su práctica (ejercicio) clínica, en relación con la deserción de la psicoterapia de sus pacientes**, cual es una visión escasamente explorada.

En este sentido, la presente investigación, espera aportar abriendo una discusión respecto **del caso o paciente que se va**, siendo este punto, algo de vital importancia dentro de la formación como psicoterapeuta. No se pretende invisibilizar el proceso actual, vigente y esencial de supervisión con que cuenta cada enfoque existente en el Caps, sino visibilizar y discutir acerca de los significados existentes o no -omitidos hasta ahora- en torno a la deserción de los pacientes, y su impacto en la formación profesional.

El psicoterapeuta debe ocuparse de su formación, y estar alerta respecto de lo que ocurre en el proceso de psicoterapia. El compartir vivencias y saberes, permite abrir caminos frente al fenómeno de la deserción, y que ésta no se quede en el olvido o en el silencio, en el ámbito de la supervisión, o con los pares, por temor al desmedro de su desempeño.

## **c) Sentido y cuestionamientos del terapeuta en la deserción.**

Por otra parte, e igualmente relevante, es la posibilidad de explorar y describir y comprender entonces, el sentido que le otorga al fenómeno del

abandono terapéutico la persona del psicólogo en formación, es decir, el significado personal que éste atribuye del mismo frente al fenómeno.

Así, un elemento adicional respecto de la relevancia de esta investigación, es que posibilita canales de comunicación y reflexión frente al fenómeno, complementando la formación del terapeuta o psicólogo, visibilizando dicho suceso, y aportando al escaso material teórico existente encontrado, con ocasión del fenómeno referido.

En síntesis, la respuesta a la pregunta acerca de **¿Cuáles son los significados que construyen los psicólogos egresados de la UAHC, que realizan su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica de la UAHC el año 2013, respecto de la deserción terapéutica de sus pacientes adultos?**, fundamenta su relevancia social en los siguientes tres aportes posibles:

1. Profundizar en el contexto de práctica de los psicólogos en formación, describiendo las principales dificultades y reflexiones acerca de la deserción terapéutica por parte de sus pacientes.
2. Indagar en un campo poco estudiado –deserción psicoterapéutico y sus implicancias para el psicólogo en formación- y relevante para la disciplina.
3. Contribuir al conocimiento del proceso de aprendizaje del psicólogo clínico, pudiendo servir para mejorar las instancias de formación, adecuándolas a las necesidades del terapeuta en formación.

## **II. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **1. Objetivo General**

Conocer el significado que atribuyen los psicólogos egresados de la UAHC, que han realizado su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la UAHC durante 2013, a la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

### **2. Objetivos Específicos**

- 2.1 Identificar a partir de los relatos de los psicólogos en práctica del Caps, su experiencia frente a la “deserción de sus pacientes adultos”.
- 2.2 Establecer las debilidades y fortalezas que advierte –respecto de su formación académica- el psicólogo en práctica en los casos de deserción terapéutica de sus pacientes adultos.
- 2.3 Conocer el significado personal que otorgan los psicólogos, durante su práctica profesional, a los casos de deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

### III. MARCO TEÓRICO

Revisados los antecedentes, relevancia de la presente investigación, y habiendo formulado la pregunta que guía la presente investigación, es preciso señalar que el marco teórico se centrará en dos aspectos fundamentales: una primera parte dice relación con la deserción y el ámbito terapéutico donde ésta acontece, y el segundo capítulo que profundiza en los significados que para el psicólogo en práctica, tienen estas deserciones.

Así, en una primera parte, se realiza una revisión de algunas definiciones generales de psicoterapia, alianza terapéutica, y lo propio respecto del contexto en el que se produce la deserción terapéutica.

Posteriormente, en la segunda parte de este capítulo, y para dar cuenta de los *significados que construyen los psicólogos en formación al experimentar la deserción terapéutica* de sus pacientes, se profundizará en elementos y sustento teórico desde una mirada constructivista en su vertiente postracionalista, que permitirá visibilizar el significado personal que deviene de cada experiencia, como conocimiento autoreferencial (Guidano, 1994), que para este psicólogo en práctica, tiene la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

#### 1. Ámbito del Quehacer Terapéutico.

Una idea esencial con la cual se puede convenir, independiente de la mirada del psicólogo o psicóloga, es que las personas que acuden a consulta, lo hacen siempre atendiendo a un momento particular de sus vidas, demanda y/o contingencia específicas; y la interacción de esas variables específicas y de ese momento de la vida en específico, también se convierten en el argumento para que puedan libremente decidir dejar de asistir a terapia. Eventualmente, lo anterior, puede no estar tan claro para el terapeuta en formación, atribuyéndolo quizás erróneamente a una falta propia (Sánchez, 2011).

Esta inquietud es justamente una de las motivaciones que impulsa esta investigación, a través de la cual se espera conocer de manera distinta y profunda la significancia para el psicólogo/psicóloga en formación, sobre el lugar que ocupa el fenómeno de la deserción, en el contexto de su práctica del CAPs, y que surge como argumento de peso para llevar a cabo la presente investigación.

En este sentido, Moncada y Kühne (2003) dan cuenta de la relevancia de la investigación en psicoterapia, por ser de vital importancia para los psicólogos clínicos, evitando que los mismos se aislen de los otros campos del saber, manteniéndose conectados con los cambios sociales que acontecen a diario.

Este trabajo espera aportar modestamente al interés en la deserción psicoterapéutica, particularmente en el contexto de formación de los psicólogos en práctica, además, de generar preguntas distintas frente al tema, logrando así que las reflexiones salgan de los lugares comunes en los que se caen, tales como las simples definiciones operacionales que se hacen del tema.

Tratar de entender el fenómeno desde la mirada del psicólogo en práctica y desde lo que éste tiene que decir, puede abrir una perspectiva que aporte, como decíamos, modestamente a la formación tanto de pregrado, como a las prácticas que se realizan en el Caps de la UAHC, cuyas características se han descrito suficientemente en los antecedentes de esta investigación. Asimismo, y por qué no decirlo, podría constituir una perspectiva o mirada alternativa a la lógica lineal, que permita relacionar los elementos que emanan o emergen del discurso de los psicólogos en práctica sobre la deserción de sus pacientes, en el cual esperamos encontrar **la mirada del “terapeuta en formación”**, y que en palabras de Arciero (2009) es la “experiencia irreductible de ser **Sí mismo** relevante para el sujeto que la vive,

el cual puede ser capaz o no de explicarla (...). Lo que siente al ser ese Sí Mismo es accesible solo desde su peculiar punto de vista”.

**a) La Psicoterapia:**

En su origen etimológico, el significado de psicoterapia es “*cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona*” (Kleinke, 1995, p.21).

En la actualidad se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia.

Además, la psicoterapia comprende actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños hasta adultos de edad avanzada y no presupone una orientación o enfoque científico- profesional especializado, Santibáñez (2009).

Asimismo, la psicoterapia ha sido considerada, como un mecanismo de “reeducación emocional” que permitiría la adaptación a la realidad, en que el vínculo o relación paciente-terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva", Arredondo y Salinas (2005).

Por su parte, Herrera (2007) nos recuerda que la investigación que busca profundizar en el estudio de este particular encuentro llamado psicoterapia, tiene su origen a fines del siglo XIX con las primeras investigaciones de Freud sobre la Histeria (1895), pero el primer impulso masivo recién llegaría en el año 1952, cuando Eysenck cuestionó la efectividad de la actividad clínica psicológica.

En su revisión de más de 20 investigaciones, Eysenck afirmó que:



***“los estudios no logran probar que la psicoterapia facilite la recuperación de los pacientes neuróticos [...] Aproximadamente dos tercios de un grupo de pacientes neuróticos se recuperarán o mejorarán significativamente al pasar dos años del inicio de su enfermedad, sean tratados con psicoterapia o no”. (Eysenck, 1952, en Franks & Mays 1985).***

Sus declaraciones generaron una ola de contraargumentos mostrando la “verdadera” efectividad de la terapia, así como un debate acerca de la validez y confiabilidad metodológica de las investigaciones, **gracias a cuyo cuestionamiento** se realizaron una enorme cantidad de investigaciones empíricas que buscaron aclarar el panorama respecto a la efectividad de la Psicoterapia.

Según lo señala Krausse (2005, citado en Herrera, 2007):

*“Los hallazgos de los meta-análisis dejaron pocas dudas sobre la efectividad en psicoterapia; sin embargo pusieron de manifiesto un problema que ya había sido señalado en revisiones anteriores: la carencia de diferenciación entre los distintos sistemas terapéuticos en relación con su efectividad”. (p.24)*

Para Herrera (2007), la pregunta, que en la década del cincuenta hacía mención a si la psicoterapia era o no efectiva, luego de las investigaciones realizadas mediante el procedimiento del meta-análisis quedó re-definida: *Sabemos que la psicoterapia es efectiva, pero ¿por qué?* Este por qué permitió que la investigación se concentrara, más que en cuál modelo es el más efectivo, en la búsqueda de factores comunes de cambio.

Por su parte, en “Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos”, Feixas y Miró (1995) plantean que contemporáneamente, se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro

de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia.

Así, entre paciente y psicoterapeuta se desarrolla una relación emocional enmarcada dentro de un contrato terapéutico que restringe la relación al fin convenido, y que funda el principio ético básico de la relación psicoterapéutica.

El núcleo técnico está constituido por los procedimientos empleados para alcanzar el fin; éstos se centran en el diálogo, básicamente en torno a las emociones, fantasías, concepciones y expectativas del paciente. Punto esencial, que distingue una psicoterapia profesional de otra que no lo es, lo constituye **la técnica aplicada por el experto**. Esta técnica psicoterapéutica ha sido aprendida y se basa en una teoría etiológica del enfermarse y de la mejoría”, Arredondo y Salinas (2005).

La psicoterapia ha sido considerada también, un proceso de “reeducación emocional” que facilitaría la adaptación a la realidad; donde la relación paciente / terapeuta proporcionaría una "experiencia emocional correctiva", Arredondo y Salinas (2005).

Asimismo, es posible desde distintas miradas convenir en que el cambio -esperado o deseado por el paciente- que pueda producir un proceso psicoterapéutico debería atribuirse a factores comunes, a su vez compartidos por diversas miradas o enfoques.

## **b) Factores Comunes**

Investigaciones en psicoterapia han mostrado la existencia de factores específicos, asociados a aspectos técnicos del enfoque predominante, y de factores denominados también “variables inespecíficas”. Desde la década de

1980 se comenzó a estudiar y teorizar sobre los denominados “factores de cambio inespecíficos o comunes”, (Krause 2005, citado en Herrera 2007).

Han sido varios los intentos por ir definiendo cuáles son estos factores inespecíficos que inciden en la efectividad en psicoterapia, algunos con una aproximación empírica (Durlak, 1979; Nietzel & Fisher, 1981, en Krause 2005) mientras que otros han realizado una construcción más teórica (Bandura, 1977; Frank, 1982; Karasu, 1986, en Krause 2005).

**b.1)** Actualmente, entre los modelos de factores comunes que son considerados válidos se encuentran:

- i) El modelo de William Stiles, David Shapiro y Robert Elliott (1986, en Krause 2005), que sugiere tres lugares comunes en la psicoterapia, siendo estos:
  - a. La alianza terapéutica,
  - b. Comportamientos del cliente, y
  - c. Los factores del terapeuta.
- ii) Un segundo modelo es el de Shuler (1989, en Krause 2005), quien menciona 8 variables comunes a cualquier proceso psicoterapéutico, sin importar su orientación teórica.

Estas variables son: **(1)** La relación paciente-terapeuta, **(2)** Supuesto implícito de que el Ser Humano es un ser valioso, **(3)** Terapia estructurada en rituales, acciones y reglas, **(4)** Existencia de un cuerpo o base teórica, el cual permite definir roles, **(5)** La psicoterapia como un espacio para expresar emociones, **(6)** Variables del proceso, **(7)** Factores del paciente, y **(8)** Factores del terapeuta, dentro de los que se encuentran su experiencia, sus habilidades básicas de ayuda, su capacidad para favorecer un clima de cambio y su receptividad al feedback del cliente.

iii) Un tercer modelo es el propuesto por Lisa Grencavage y John Norcross (1990, en Krause 2005), que organiza los trabajos publicados por psicoterapeutas según sus cinco rasgos comunes, identificando los siguientes factores: **(1)** Los procesos de cambio, **(2)** la estructura del tratamiento, **(3)** La relación terapéutica, **(4)** Las características del cliente, y **(5)** Las cualidades de los terapeutas.

iv) Un cuarto modelo es el de Orlinsky & Howard (1987), el cual identifica las siguientes variables: Sociedad, encuadre del tratamiento, terceras partes involucradas, características del paciente, características del terapeuta, contrato terapéutico, intervenciones terapéuticas, vínculo terapéutico y la actitud y disposición interior de ambos.

**b.2)** Adoptando el modelo de Orlinsky & Howard, podemos simplificar las variables que influyen en el proceso terapéutico en las siguientes 4 variables generales:

- i. **Variables del Contexto:** funciones y estructuras institucionales, valores y creencias culturales, contexto organizacional, red social de terapeuta y paciente.
- ii. **Variables del Paciente:** maneras de relacionarse, actitud y disposición interior del paciente, características personales y profesionales del paciente.
- iii. **Cualidades de la Relación:** contrato terapéutico y vínculo terapéutico (considerando que finalmente todos los factores antes mencionados se ponen en juego y adquieren su peso específico en la relación terapéutica).
- iv. **Variables del Terapeuta:** orientación teórica, características profesionales y personales del terapeuta, intervenciones

terapéuticas, maneras de relacionarse del terapeuta, actitud y disposición interna.

### **c) Factores del Terapeuta**

Sobre la importancia respecto de las variables del terapeuta, se ve reforzada por las conclusiones de Lambert (1989, en Krause 2005), quien tras analizar las investigaciones referidas a los resultados en psicoterapia, señala que las competencias y características personales del terapeuta tienen un efecto ocho veces mayor en el resultado de la psicoterapia que la orientación teórica o técnica del tratamiento de éste, Herrera (2007).

Profundizando en la variable factores del terapeuta, complementaremos a Orlinsky & Howard con la clasificación de características del terapeuta que usan Beutler, Crago & Arizmendi (1986), considerando dos rangos de variables principales:

- (i) Cualidades externas y observables v/s internas e inferidas;
- (ii) Cualidades transversales, relativamente estables y difíciles de cambiar rápidamente a voluntad v/s cualidades específicas del contexto terapéutico, sujetas a entrenamiento y proclives de cambiar

Entendiendo que la influencia que puede tener un terapeuta depende tanto de sus competencias interpersonales, como de su dominio técnico, ¿cómo debe ser y comportarse un terapeuta para ejercer una influencia positiva?

Kleinke (1995), tras revisar varios modelos que describen las características deseables de un terapeuta (Luborsky et al, 1985; Kaiser, 1965 en Yalom, 1980; Kottler, 1991; Ellis, 1985), sintetiza que un terapeuta tiene que desarrollar las siguientes características:

- Ser próximo al cliente,
- Tener una comunicación inmediata,
- Desarrollar competencias verbales,
- Cultivar habilidades conversacionales, además,
- Poseer sentido del humor.

Revisando resultados de la investigación a nivel más general, recogemos las conclusiones de Beutler, Machado & Allstetter, respecto de las variables del terapeuta que influyen en los resultados en psicoterapia. Basándose en múltiples meta-análisis, y considerando que “se hace cada vez más difícil, y bastante poco práctico, separar las variables del terapeuta de otros contribuyentes al resultado de la psicoterapia” (en Bergin & Garfield 1993, p. 229), sus conclusiones más relevantes son las siguientes:

- i) Respecto de la importancia de las variables del terapeuta, se ha concluido que la identidad del terapeuta tiene más peso que el tipo de psicoterapia que practica; algunos terapeutas de todos los enfoques producen resultados consistentemente mejores que otros; mientras que algunos terapeutas producen efectos consistentemente negativos.
- ii) No se encontraron datos relevantes que apoyaran la influencia de variables como la edad, sexo u origen étnico en los resultados de la terapia. No obstante, la similitud paciente-terapeuta respecto de estas variables actúa como facilitador. Por ejemplo, Beck (1988) observó que los terapeutas que tenían más de 10 años menos que sus clientes tenían peores resultados que los de edad similar o mayor a sus clientes.

- iii) La similitud o diferencia entre terapeuta y paciente, respecto de actitudes, valores y cultura, parece facilitar la retención y el compromiso con la terapia.

“Aún más relevante, la evidencia sugiere que es la habilidad del terapeuta para comunicarse dentro del marco valórico del cliente, más que algún conjunto particular de valores de parte del terapeuta, lo que contribuye a la mejora del cliente” (Beutler, Machado & Allstetter, en Bergin & Garfield 1993, p. 242).

- iv) No se obtienen resultados que indiquen que las similitudes o diferencias entre terapeuta y paciente, respecto de dimensiones globales de personalidad, se relacionen con los resultados de la terapia. Sin embargo, hay excepciones como la investigación de Berzins (1977) quien observó que pacientes altos en dependencia se beneficiaban más con terapeutas más orientados hacia la autonomía, mientras que pacientes altos en autonomía obtenían mayores beneficios de terapeutas orientados hacia el apego. También se ha observado que el nivel de ajuste y salud mental del terapeuta actúan como facilitadores.
- v) En general se aprecia que los terapeutas que usan manuales de tratamiento reportan mejores resultados cuando se guían fielmente por esos manuales, pero con bastante variabilidad según el tipo de manual y la población a la que se le aplica. En este sentido, una conclusión que puede parecer obvia para cualquier terapeuta con mirada interaccional es que “tipos específicos de intervenciones tienen distintos efectos para distintos tipos de clientes” (Beutler, Machado & Allstetter, en Bergin & Garfield 1993, p. 259).

- vi) Se refuerza la premisa clásica de que una relación cálida y apoyadora facilita el éxito terapéutico. Sin embargo, estas cualidades han pasado de ser atributos del terapeuta, a ser características de la relación. Asimismo, se aprecia que la coincidencia de expectativas (positivas) entre terapeuta y cliente es un buen predictor de resultados positivos.
- vii) Otro descubrimiento que se ha derivado de la investigación y que es relevante para comprender nuestro estudio, es que “intervenciones muy disímiles son usadas por terapeutas cuya orientación teórica es similar” (Beutler, Machado & Allstetter, en Bergin & Garfield 1993. P. 247), por lo que no habría correlación directa entre la filosofía teórica del terapeuta y su estilo concreto de practicar la psicoterapia.
- viii) Finalmente, se apoya la noción de que la orientación teórica del terapeuta no se relaciona directamente con el resultado, observándose que la mayor variación se encuentra en el intragrupo, entre distintos terapeutas de la misma orientación teórica. No obstante, se aprecian diferencias entre modelos teóricos si consideramos algunas variables del paciente, como su estilo atribucional (interno o externo).

Se hace evidente que, al centrarse en las variables del terapeuta y sus interacciones con otras variables, es relevante no sólo considerar factores macro como edad, sexo u orientación teórica del terapeuta, sino hacer distinciones más específicas, como por ejemplo explorando los distintos cruces entre las intervenciones aplicadas y variables del paciente. Esto, debido a que una vez que distinguimos algunos factores que claramente influyen negativamente (como un terapeuta devaluador del paciente), se observa en la mayoría de los casos que el



resultado no se puede derivar de sólo una variable (visión monocausal), sino de la interacción entre ellas. En este sentido, es importante también explorar brevemente la investigación acerca de la relación terapéutica.

#### **d) Relación y Alianza Terapéutica**

Hasta nuestros tiempos se mantiene vigente la clásica formulación de Rogers (1957), quien afirma que el poder de la relación terapéutica incluye tres ingredientes: autenticidad (de modo tal que el terapeuta se entrega y expresa sinceramente, actuando de forma congruente); empatía (puede ponerse en el punto de vista del cliente, sintiendo lo que él siente); y, aceptación positiva incondicional (aceptar al cliente como es, sin juzgarlo en su esencia), conceptualizados como atributos de la relación más que del terapeuta en sí mismo, Herrera, (2007).

En un trabajo de recopilación reciente, citado por Herrera (2007), sobre diversas investigaciones relativas a la “alianza terapéutica”, Corbella y Botella (2003), se rescatan las contribuciones de Bordin y Luborsky, al ser reconocidas por diversas escuelas teóricas y haber servido para la construcción de múltiples instrumentos de medición.

En lo referido a Bordin, éste define la alianza como “el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta” (1975, en Corbella y Botella 2003), identificando tres componentes: acuerdo en las tareas (las acciones y pensamientos que forman parte del proceso, percibiéndolas como relevantes); vínculo positivo (acá cabrían las condiciones de Rogers); y, acuerdo en los objetivos de la terapia.

Según cita Herrera (2007), a diferencia de Rogers, Bordin no considera que una buena alianza sea suficiente, sólo necesaria para el desarrollo de un proceso exitoso.

Por su parte, Luborsky complementa esta visión estructural con una mirada de proceso, distinguiendo dos etapas en la formación de la alianza (Horvath y Luborsky 1993, en Cordella y Botella 2003): La **“alianza de tipo 1”** se da en el inicio de la terapia y consiste en el apoyo y ayuda contenedora que el paciente percibe del terapeuta, mientras que la **“alianza de tipo 2”** se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente” (Cordella & Botella 2003, p. 208).

Estos autores destacan que estas consideraciones, apoyadas por investigación más reciente, se distancian de las visiones antiguas de la alianza como un proceso unilateral donde el terapeuta era responsable de conseguir que el paciente se identificara con él y *“comprara”* su terminología y visión.

***“De este modo se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica” (p. 208).***

A modo de síntesis de lo expuesto, rescatamos la validación que ha tenido la efectividad a modo general de la psicoterapia, encontrándose que, midiendo los resultados globales, no habría mayor diferencia entre distintos modelos teóricos respecto de sus resultados.

Asimismo, observamos el importante rol que cumple el terapeuta como factor de influencia en el proceso terapéutico, aunque también es posible advertir, que no basta con estudiar solamente una de las variables que se ponen en juego en el proceso, ya que la mayor parte de la variación se explica a partir de la interacción específica de distintos factores, Herrera (2007).

**e) Dificultades en el ámbito terapéutico: Fases Críticas de la Alianza terapéutica.**

Una vez demostrada la importancia de la alianza terapéutica en los resultados finales de la psicoterapia, distintos autores han profundizado en el conocimiento de los motivos y tipos de rupturas de la alianza, citados por Herrera, (2007).

Según Horvath y Luborsky (1993), las investigaciones actuales llevan a suponer que existirían dos fases importantes de la alianza:

**i) La primera:** corresponde a la formación de ésta que se desarrolla en las primeras cinco sesiones y que alcanzaría su cima en la tercera sesión (Horvath, 1981; Saltzman, Leutgert, Roth, Creaser y Howard, 1976). En esta fase, es preciso que se establezcan niveles satisfactorios de colaboración y confianza; el paciente necesita unirse al terapeuta como partícipe del proceso psicoterapéutico, acordar metas y adquirir confianza en los procedimientos que corresponden a la terapia.

**ii) La segunda:** fase crítica ocurre cuando el terapeuta comienza a cuestionar las antiguas pautas “neuróticas” del paciente y éste puede experimentar las intervenciones más activas del terapeuta como una disminución de la empatía y el apoyo. Esto podría reactivar creencias y comportamientos vinculares disfuncionales del paciente, debilitando o rompiendo la alianza terapéutica. Este deterioro debe ser

reparado para que la terapia continúe exitosamente (Safran y col. 1992 en Horvath y Luborsky, op. cit.).

El modelo descrito implica que la alianza puede ser dañada en diferentes momentos y por diferentes razones, el modo en que la terapia resulte afectada dependerá de cuándo ocurra tal falla.

En los comienzos de la terapia pueden aparecer dificultades para desarrollar una relación contenedora y para lograr consenso en relación con los procedimientos terapéuticos, en estos casos es poco probable que el paciente adhiera al régimen terapéutico y, como consecuencia de ello, que se produzca una ruptura prematura de la relación (Kokotovic y Tracey, 1990; Horvath, 1991 en Horvath y Luborsky, op. cit.).

Por otro lado, el que no ocurra este tipo de situaciones puede ser una señal de que el tratamiento psicoterapéutico no está siendo lo suficientemente efectivo y se están evitando los verdaderos problemas del paciente, o que éste responde al terapeuta de un modo irreal, idealizado y fracasa en la utilización de las sesiones de terapia para tratar temas importantes.

Además, la terapia puede fallar si los desafíos a la alianza durante la segunda fase son demasiado severos o no son enfrentados de manera adecuada y, producto de ello, las rupturas que se producen en la alianza no son reparadas (Safran y Col, 1990 en Horvath y Luborsky, op. cit.).

Por lo tanto, para estos autores las estrategias para trabajar sobre la alianza están dirigidas a reflexionar sobre las interacciones entre ambos, además de clarificar las metas y las tareas terapéuticas específicas con el objetivo de que los clientes desarrollen un mejor conocimiento acerca del proceso de cambio.

Para cerrar este acápite, parece oportuno mencionar algunos resultados del estudio realizado por Santibáñez, Román y Vinet (2001), el cual evalúa la efectividad de la psicoterapia individual y su relación con la Alianza Terapéutica, en procesos conducidos por estudiantes de Psicología, que realizaban su primera experiencia en atención psicoterapéutica supervisada, o se encontraban efectuando su práctica profesional en la ***Clínica Psicológica de la Universidad de La Frontera*** (Temuco - Chile).

De dicha investigación de carácter cuantitativo, con diseño de grupo único y evaluaciones al inicio y término de la terapia, **se recogen al menos dos aportes** para el desarrollo de la presente investigación:

- 1) Importancia constatada respecto de la alianza terapéutica, a través de una investigación de **carácter nacional**;
- 2) Lo relativo a la relevancia de la alianza terapéutica desarrollada por psicólogos en formación, y sobre estos actores:
  - a. Que son capaces de dirigir procesos psicoterapéuticos que producen recuperación y una mejoría significativa en la salud psicológica de los consultantes que atienden, y en concordancia con lo planteado de Winkler y colaboradores (1993, citado en Santibáñez, 2001) que señalan que no existirían diferencias en cuanto a efectividad terapéutica entre terapeutas profesionales y noveles.
  - b. Y que como resultado de lo anterior, permite plantear que, independientemente del nivel de formación del terapeuta, **los pacientes evalúan positivamente la alianza existente con su terapeuta**, lo que según Krause (2001, en Santibáñez, 2001), favorecería el mantenimiento de la relación y el proceso de cambio.

De la misma investigación, se recoge la relevancia que tiene “**el acuerdo**” –entre terapéutica y paciente- **con respecto a las metas del tratamiento, pues además de favorecer el logro de los resultados, permite que consultante y terapeuta tengan expectativas similares sobre el proceso;** con ello existe mayor coincidencia con respecto a la decisión de momento de dar término a la terapia debido al logro de los objetivos.

La alianza entre terapeuta y paciente favorece especialmente la disminución de la sintomatología de quien consulta, lo que es de suma importancia si se considera que en la mayoría de las oportunidades los objetivos de los consultantes están focalizados en la disminución de los síntomas que los aquejan y que suelen motivar la consulta.

Por otra parte, resultados de estudio referido permiten hipotetizar que existen oportunidades en que los objetivos que tienen los consultantes difieren de los del terapeuta novel, ya que estos últimos tenderían a ser más exigentes con respecto al nivel de cambio esperado.

**Dicha situación podría hacer que el terapeuta novel propicie que el consultante se mantenga en el proceso terapéutico, aunque para el consultante puedan haberse cumplido sus expectativas, razón por la cual el paciente se vería instado a solicitar espontáneamente el término del tratamiento.**

Lo anterior es coherente con una inquietud planteada anteriormente, respecto de la posibilidad que en la tensión vivida por el psicólogo en práctica, éste centre su mirada, atención y esmero a “*cumplir las expectativas*”, dejando en un plano secundario las que pudo haber advertido en el paciente, es decir, el mundo del paciente.

**f) Deserción terapéutica: sentido y posibles cuestionamientos del terapeuta en formación.**

Para adentrarnos en el contexto, cabe señalar según refiere Herrera (2007) que el 87% de los abandonos –en su investigación- eran causados por factores relacionados con el proceso de la terapia.

Asimismo señala que *“Más que los factores internos (del paciente) como la baja motivación del cliente o su actitud negativa, o influencias externas como la interferencia familiar, la mayoría de los fracasos son el resultado directo del proceso de la terapia o la conducta del terapeuta”* Kottler & Blau (1989, citado en Herrera, 2007).

Por su parte, Lambert & Bergin (1993, citado en Herrera, 2007), mencionan algunos datos interesantes, como por ejemplo que el porcentaje de abandono en centros terapéuticos y hospitales es de un 20% y 50% después de la primera sesión, donde la mayoría va por menos de 2 meses y el 70% **espera que la terapia dure** menos de 10 sesiones.

Por su parte, y relativo a lo metodológico, la investigación de Lothstein (1978), observó que al preguntarles por qué abandonaron la terapia de grupo, **los pacientes** respondieron en su mayoría que era porque ya no la necesitaban, o por problemas de horario.

A su vez, **los terapeutas** (de orientación analítica) atribuyeron el abandono a razones dinámicas de transferencia y contratransferencia.

Dicha investigación ilustra cómo las conclusiones que podemos sacar cambian bastante según quién observa y evalúa (Herrera, 2007).

Por su parte, y para ilustrar la relevancia en la forma **de significar y vivenciar los errores**, Kottler & Blau (citado en Herrera, 2007), afirman que “el fracaso (por ejemplo en la deserción terapéutica

de los pacientes) puede ser muy destructivo si los terapeutas novatos (o psicólogos en formación) no son capaces de usarlo como experiencia de aprendizaje y ponerlo en perspectiva”.

Resulta relevante lo afirmado por dichos autores –para el contexto del psicólogo novato de la presente investigación- respecto de los procesos que median en la percepción de error y fracaso. Recordemos que tanto error como fracaso son juicios complejos, que forman parte de “una realidad”, y que cómo uno percibe lo que le pasa a uno, (esta realidad) depende siempre de un observador (Maturana, 2011).

Así y todo, lo anterior podría implicar una creencia subyacente para el terapeuta en formación de que “si fracasa, (él) es un fracaso”, lo que se relacionaría con la cultura imperante hoy en día: competitiva, exitista y orientada al logro.

Herrera (2007) refiere además factores cognitivos que median en la apreciación del psicoterapeuta acerca de su trabajo: autoimagen, nivel de competencia y autoeficacia, vulnerabilidad al fracaso y a la crítica, y por último el locus de control. Sobre esto último, señala lo expresado por Kottler & Blau, sobre el “locus de control”, donde se enfatiza que el terapeuta puede caer en dos tipos extremos de atribución al enfrentar un fracaso:

*“a) Interna: Los terapeutas pueden culparse a sí mismos completamente por lo que ha ocurrido, **generalizando esta experiencia específica hacia su nivel de competencia global como clínico**” (p. 12). En otras ocasiones, la admisión de derrota se ocupa como una técnica defensiva para terminar la discusión y eliminar la posibilidad de elaboración o de profundizar en el tema.”.*



*“b) Externa: Por otro lado, los terapeutas pueden librarse de responsabilidad, atribuyendo el fracaso sólo a factores externos, como la resistencia del paciente o la familia.”*

Así lo más relevante, para esta investigación es la conclusión de dichos autores en el mismo sentido, dado que en cualquier extremo, culpándose a uno mismo o a los demás, se hace improbable cualquier aprendizaje significativo.

En la misma línea anterior, Hobman (1953, citado en Herrera, 2007) concluye, luego de estudiar famosos y dramáticos fracasos a través de la historia, que éstos han sido esenciales para futuros éxitos.

Complementando lo anterior, resulta interesante lo expresado por Herrera, al citar a Roth & Fonagy (2005), respecto de las variables estudiadas en los “*terapeutas menos efectivos*”, donde se encontrarían la experiencia y experticia del terapeuta, que parecen tener cierta influencia en la terapia, y que los terapeutas más experimentados logran buenos resultados con un mayor porcentaje de pacientes, teniendo los pacientes ***de los novatos un éxito equivalente***, pero un **número mayor de abandonos al tratamiento**. Así, pareciera que inevitablemente el psicólogo/a en práctica tendrá una mayor deserción, aún cuando los procesos terapéuticos que tenga bajo su responsabilidad un “éxito equivalente” a de un terapeuta experimentado.

Continuando con el tema de la vivencia subjetiva del terapeuta, Kottler & Blau (1989, citado en Herrera, 2007) profundizan en el proceso interno que atraviesa el clínico en su formación constante, describiendo las diversas crisis y preguntas fundamentales a lo largo del ciclo de vida profesional del terapeuta:

1. Etapa Inicial, pregrado y postítulo: **¿Y si no tengo lo que se necesita?**

2. Etapa 2, inicio de la práctica profesional: **¿Y si no sé qué hacer?**
3. Etapa 3: **¿Y si mi tratamiento daña a un paciente?**
4. Etapa 4: **¿Y si me pillan cometiendo un error?**
5. Etapa 5: **¿Y si en realidad no estoy haciendo nada?**
6. Etapa 6, madurez profesional: **¿Y si el trabajo al que he dedicado mi vida en realidad no importa?**

Para ir cerrando lo concerniente al contexto del psicólogo en formación, se aportan y transcriben, las conclusiones del primer artículo dedicado a los errores en “novatos”; investigación realizada por Buckley y otros, (1979, citado en Herrera), quienes desde el modelo psicoanalítico y en un contexto psiquiátrico, consultaron -vía cuestionario y análisis cuantitativo- a un grupo de supervisores acerca de la frecuencia en que ellos observaban los errores de los terapeutas residentes, según su experiencia. Aunque sus distinciones son hechas desde un modelo específico (psicoanálisis), los resultados son claramente relevantes para cualquier psicoterapeuta:

**1. Errores más frecuentes:**

- a. *Querer agradecerle al paciente.*
- b. *Incapacidad para “sintonizar” con el inconsciente del paciente.*
- c. *Interpretaciones prematuras.*
- d. *Excesiva intelectualización.*
- e. *Interpretaciones inapropiadas de la transferencia.*
- f. *Asumir una postura estereotipada de “analista”.*
- g. *Falta de conciencia de sentimientos contrartransferenciales.*
- h. *Dificultad para tolerar la agresión en el paciente.*
- i. *Dificultad para tolerar el silencio.*
- j. *Evitación del proceso de cobrar las sesiones.*

**2. Errores menos frecuentes:**

- a. *Falta de interés.*
- b. *Excesivo voyerismo.*
- c. *Nihilismo terapéutico.*
- d. *Disgusto consciente con el paciente.*
- e. *Falta de empatía.*
- f. *Seducción.*
- g. *Competitividad con el paciente.*

A modo de conclusiones Buckley y otros, (1979, citado en Herrera, 2007), y reafirmando las tesis del apartado referido a los errores y la persona del terapeuta, señalan a su juicio:

- i) “Son factores relacionados con la autoestima y la formación de la identidad profesional de los residentes”.
- ii) “Los terapeutas novatos, enfrentados a situaciones nuevas, complejas y frecuentemente ansiógenas, pueden sentirse inefectivos e intentar probarse a sí mismos con los pacientes...”
- iii) “(Los novatos) parecían frecuentemente preocupados por impresionar a sus pacientes y obtener reafirmación en ellos de su competencia y habilidad [...] pudiendo sin quererlo influenciar negativamente la terapia”.
- iv) “También reflexionan con optimismo acerca de la baja frecuencia relativa de errores no técnicos como baja empatía, nihilismo y falta de interés, ya que estos problemas de actitud serían más difícilmente modificables que los errores de técnica”
- v) Por último, concluyen que “la rectificación de los principales errores requiere un trabajo con la persona del terapeuta, lo que va en contra de algunos supervisores

que perciben que el realizar ese trabajo es *‘hacerle terapia al terapeuta’*.

Adicionalmente, resulta igualmente interesante, y nuevamente desde el psicoanálisis, el artículo de Altshuler (1989, citado en Herrera, 2007) que pretende generar clases de errores de terapeutas principiantes, analizando en profundidad las especificidades y motivaciones que caracterizan cada tipo de equivocación, orientado a mejorar la capacidad de detectarlos y corregirlos a tiempo.

Así, el autor, recogiendo la información de su propia experiencia y conversaciones con otros, y desde un contexto de atención a pacientes con diagnóstico de estructura neurótica, en terapia de orientación analítica dos veces por semana, estos son los 4 errores más comunes que él detecta:

1. Forzar interpretaciones explicativas del pasado que no llevan a nada.
2. Forzar interpretaciones de transferencia con el terapeuta, sin que sea el momento ni el foco del conflicto o emoción presente.
3. Apoyar inadecuadamente, cerrando la posibilidad de explorar y profundizar en la emoción o el conflicto presente.
4. Sobreinterpretar, desviando la atención del conflicto o emoción actual, o cuando el paciente no está involucrado y está en actitud evitativa.

¿Qué tienen en común estos errores, o qué conclusiones se pueden sacar de ellos? Altshuler afirmaba que se deben a algunas características estructurales de los novatos. Formados en el modelo médico, acostumbrados a resolver los problemas mediante la reflexión intelectual, hambrientos de conocimiento y certezas y con una

**personalidad generalmente motivada a ayudar y aliviar el sufrimiento, los novatos exudan ansiedad al enfrentarse a la incertidumbre y al ver la necesidad del otro**, tratando de llenar esos espacios con intervenciones que sólo sirven para calmarlos a ellos, o con apoyo inadecuado que busca aplacar rápidamente cualquier emoción intensa o sufrimiento. Desde un enfoque estratégico, perfectamente se puede caer en reformulaciones o tareas que, más que apuntar al circuito emocional-conductual que sostiene el problema, ayudan a disminuir la ansiedad e incertidumbre del terapeuta.

Por último, y cerrando lo relativo a este acápite, cabe señalar que aún cuando la mirada de esta investigación ha sido matizada con una especificidad teórica, un elemento esencial era recoger los resultados desde la experiencia y sentimientos generalizables al proceso de cualquier novato o psicólogo en formación.

## **2. Conocer Los Significados Del Psicólogo en Práctica:**

Aún cuando pareciera que la psicología contemporánea continúa influenciada por los paradigmas empiristas que afirman la existencia de una realidad unívoca e idéntica para todos, dicha concepción de realidad viene siendo cuestionada hace ya varias décadas, por diversas disciplinas y perspectivas que sostienen que la realidad no se revela directamente, sino a través de un complejo proceso de construcción de la misma.

En este sentido, autores como Popper (1992); o Heidegger a través de su fenomenología (2000); Mahoney (1998), V. Guidano (1983, 1987, 1991, 1994 y 1995); o lo propio en el caso de Humberto Maturana, -que en palabras de Bateson, cercano a su deceso, lo señalaba como el continuador del estudio de la 'Creatura'- (citado en Ruiz, 1992); y otros más contemporáneos como G. Arciero (2002, 2005 y 2009), han dado cuenta, presenciado y propiciado

cambios epistemológicos, y, que como consecuencia de los mismos, se han debido revisar profundamente algunas concepciones básicas que se creían resueltas.

Así, conceptos como realidad, conocimiento, significado, objetividad, percepción y relación entre objeto y observador, entre otros, han debido ser y siguen siendo analizados y comprendidos en este nuevo escenario (Saavedra, 2005).

Por su parte, la pregunta de investigación formulada en la presente investigación, y que dice relación con los ***significados que construyen los psicólogos en formación, a través de la experiencia*** de deserción terapéutica de sus pacientes, debe ser necesariamente profundizada bajo estas consideraciones, y enmarcada en el aporte teórico descrito.

#### **a) Acceder a la realidad**

Desde cada una de las miradas o perspectivas descritas precedentemente, se puede inferir o postular que el observador es parte integrante de lo que observa, y que todo conocimiento, en consecuencia, es en cada circunstancia una actividad autorreferencial, Maturana (2011).

Por tanto, nuestro saber o conocimiento siempre estaría mostrando al organismo que conoce, y no necesariamente una realidad externa. Es decir, en el momento que elaboramos una explicación, hacemos distinciones, que contienen significados los cuales están directamente relacionados con nosotros, y no con un objeto externo.

Somos sistemas cerrados (Maturana, 2011), esto es, no podemos ser instruidos desde fuera sino que todo es una elaboración interna (propia). Así y todo, no es posible negar la existencia del objeto, sino sólo se le considera el estímulo que “gatiila” el proceso de conocimiento (Saavedra, 2005).

## **b) Identidad Personal**

Este elemento, denominado también Sí-mismo, constituyó para Vittorio Guidano (1994) un elemento esencial en su pensamiento y desarrollo clínico. Lo anterior, por cuanto para el autor, el conocimiento es autorreferencial, y por tanto la experiencia sería tal, por el significado personal para quien vive dicha experiencia; es decir este Sí-mismo.

En el mismo sentido, éste tendría un “significado personal” para quien vive la experiencia, lo cual representa un elemento esencial en la presente investigación.

De otra parte, este Sí-mismo, es un sistema cognitivo-afectivo complejo de evaluación y reevaluación de la experiencia, que asimila mediante el lenguaje esta experiencia de acuerdo a sus límites y características.

Retomando las obras de William James y George Mead (cit. Balbi, 2004), Guidano (1994) distinguió estos dos niveles de la experiencia llamando “Yo” al nivel de la experiencia inmediata y “Mí” a la imagen consciente que procesa dicha experiencia a través del lenguaje.

Cuando hablamos del nivel de la experiencia inmediata, hablamos de un “yo”, que nos permite (ser humano) percibir más de lo que experimenta, y experimentar más que aquello a lo que atiende conscientemente (Guidano, 1987); el nivel de la explicación, desde el lenguaje ordena el contenido informativo de la experiencia en secuencias que van desde un inicio, continúan con un desarrollo y un final.

Dicho contenido estructurado debemos denominarlo “estructura narrativa de la experiencia humana”; toda experiencia humana presenta un orden cronológico, temático y causal (Guidano, 1994).

Por muy obvio que parezca, es preciso señalar que cada individuo tiene una identidad única. Igualmente debemos decir que las diferentes emociones

que podemos experimentar los seres humanos, y los vínculos de apego que se pueden formar son acotados y propios de nuestra especie, de modo tal que es posible definirlos y destacar algunos “tipos de identidades” (también denominadas “llaves explicativas”) en función, y de acuerdo al modo en que dicha persona se auto-organiza.

A estas “llaves explicativas” Guidano las denominó Organizaciones de Significado Personal (OSP), y ... *se refieren a la organización de los procesos de conocimiento personal que emerge gradualmente en el curso del desarrollo individual. Cada individuo, aunque vive en una realidad social ‘objetivamente’ compartida, construye activamente en un nivel superior de experiencia perceptual su visión propia, única desde su interior.*

Las características definitorias más importantes de las OSP son su evolución temporal y plasticidad, en particular, su habilidad para sobrellevar cambios durante la vida (algunas veces de naturaleza bastante radical) y aún continuar manteniendo un sentido estable de unicidad y continuidad histórica (Guidano, 1994).

Concordante con estas ideas, pareciera lo planteado en términos de “identidad” por Bauman (2005), en tanto surge, fluye o queda en evidencia cuando las personas construyen una visión de mundo, de ideas y de creencias, pasando por los conceptos, no pueden adherirse a una sola institución, a una sola forma de creer, a un solo grupo que demarque los límites de la existencia.

Lo que sucede con la identidad, según dicho autor, es la interrelación de estos aspectos y de la mezcla de sentidos que se derivan de la pertenencia y la no pertenencia a estos, por lo que “identidad es algo que hay que descubrir y no que inventar”.

Es decir, es un proceso que no hay que ocultar. No hay que ocultar la realidad del Sí mismo como muchas lógicas de mercado sugieren.



### **c) Experiencia y su significado.**

A este respecto, es importante mencionar lo que señalaron distintos autores sobre “la experiencia”, quienes desde distintos ámbitos del saber, coincidieron en algunos aspectos medulares al referirse a la conciencia o experiencia.

Para comenzar, desde el campo de la ciencia y la filosofía, Varela y Shear (2005) se refirieron a la experiencia, relacionada con un enfoque en primera persona, resaltando la necesidad de vencer la actitud de “sólo echar un vistazo” en relación con la experiencia, ya que plantearon que la aparente familiaridad que se tiene con la vida subjetiva, debe subordinarse a un cuidadoso examen de aquello a lo que se puede y no se puede acceder respecto a la experiencia subjetiva, donde dicha separación es flexible.

Por su parte, Vittorio Guidano, también resaltó mucho la importancia de comprender la experiencia humana, desde el punto de vista de quién tuvo la vivencia o la experiencia inmediata, dándole gran relevancia al enfoque en primera persona de la experiencia personal.

Considerando las bases sobre las que se asienta el tema de la experiencia, y los aportes de Alfredo Ruiz, el aspecto esencial de la epistemología empirista es que se pretende vivenciar una realidad objetiva, que ya contiene en sí misma el sentido de todas las cosas.

Es decir, que existe en forma independiente de la manera en que los sujetos la perciben, además de ser una realidad única e igual para todos, donde el conocimiento viene a ser una representación de ésta, por lo que el propio observador es considerado como imparcial y objetivo, como un “observador privilegiado” de dicha realidad, ya que vería dicha realidad tal como ésta es.

El problema difícil existe solo para quienes consideran que la experiencia personal es irreductible. Como la irreductibilidad de la experiencia es una característica del punto de vista en *Primera Persona* respecto a la experiencia, Varela y Shear propusieron tres aspectos sobre los que se sustentaría esta suposición de irreductibilidad.

Como primer elemento, “aceptar la experiencia como un dominio a explorar, es decir, aceptar la evidencia de que la vida y la mente incluyen aquella dimensión en primera-persona, la que es un sello en nuestra continua existencia” (2005, p. 152).

En este mismo sentido, para Nagel (1974), el punto de vista subjetivo asociado a un punto de vista en primera persona en relación a la experiencia, constituía la esencia del mundo interno.

En segundo lugar, estos autores plantearon que “la experiencia subjetiva se refiere, a nivel de usuario de sus propias cogniciones, intenciones y aconteceres, a una práctica corriente.” (Varela y Shear, 2005).

Es decir, que la experiencia subjetiva, desde el punto de vista de quien la experimenta, se refiere a intenciones y aconteceres que forman parte fundamental de dicha experiencia, los que sólo se vuelven visibles desde un punto de vista en Primera Persona en relación a la experiencia, lo que quiere decir que el sujeto que tiene una experiencia subjetiva sería el único que podría dar cuenta de dichas intenciones y aconteceres.

Por último, “la experiencia en las prácticas humanas es el punto de acceso privilegiado para el cambio mediado por intervenciones profesionales de todo tipo” (Varela y Shear, 2005, p.152), como lo es la psicoterapia, lo que le da una gran importancia a la experiencia para la práctica psicoterapéutica, ya que constituye un punto de acceso privilegiado para promover cambios en los pacientes.

Dicho lo anterior, el único camino para poder acceder a los significados de los psicólogos en formación respecto de la deserción de sus pacientes, es explorando junto a ellos, en su experiencia, a través quizás de aquello que Bauman nos invita a descubrir en lugar de inventar, y V. Guidano a comprender.

#### **IV MARCO METODOLOGICO**

##### **1. Perspectiva Metodológica**

El enfoque metodológico que se usará en el presente estudio corresponde al **cualitativo**.

En este sentido, recoge este trabajo casi en forma natural el enfoque cualitativo, ya que lo fundamental radica en la comprensión de la realidad, y en este caso, la realidad mirada desde estos sujetos que realizan su práctica.

Adicionalmente, la elección de diseño y enfoque desde una perspectiva constructivista, se justifica porque permitirá *Conocer los significados que construyen los psicólogos que realizan su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica de la UAHC el año 2013, en relación a la deserción psicoterapéutica de sus pacientes adultos.*

En efecto, el análisis interpretativo de los discursos de los entrevistados, permitirá conocer los significados materia de investigación, construidos por los psicólogos en práctica, desde su particular y único punto de ver y sentir, respetando y rescatando la conducta y el sentido de las acciones, con los propios marcos de significado de quienes realizan las afirmaciones.

La presente investigación tendrá presente que el discurso es una construcción del actor social que adquiere sentido en el contexto en que es dicho, nunca fuera de él, porque él es quien construye ese saber (Herrera, 2007).

En el mismo sentido, y como lo afirma von Glasersfeld (1996) desde la mirada constructivista, el conocimiento “no se percibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente”.

La metodología cualitativa, a diferencia de la cuantitativa, aporta un conocimiento con una mayor profundidad de los datos construidos desde los mismos participantes, en este caso los supervisores y los terapeutas novatos, valorando los aspectos subjetivos y rescatando las múltiples perspectivas que ellas y ellos aportan en relación a cuáles son y cómo se dan los errores y dificultades comunes cometidos por parte de los terapeutas novatos, además de determinar cuáles son sus percepciones sobre las necesidades de formación que les permitirán remediar estos errores y enfrentar exitosamente las dificultades. Permitirá dicha metodología asimismo, acercarse a esas construcciones de conocimiento de manera respetuosa y abierta.

Por otra parte, y dado que se eligió investigar un fenómeno poco estudiado y descrito en la literatura, no existen hipótesis a contrastar, ni categorías válidas que medir numéricamente, lo que justifica y valida un acercamiento emergente de investigación, por cuanto la misma investigación va construyéndose en el proceso en que se realiza. Dicho acercamiento se justifica desde lo que plantea Ibáñez (1997) en tanto "...el diseño es abierto porque el investigador interviene en el proceso de investigación como sujeto en proceso" (p. 263).

Como se señaló, el método de estudio es de carácter inductivo, lo que significa que se hacen interrogantes, siguiendo una investigación flexible (ver anexo: pauta de entrevista).

Es inductivo también en el sentido Aristotélico del término, dado que se parte de la experiencia y de las unidades básicas, para a partir de ellas configurar tópicos y luego categorías. Esto implica concretamente que se parte desde las afirmaciones de los participantes, para luego sistematizar los significados asociados a los relatos de los participantes. No se busca contrastar conocimiento previo, sino describir el conocimiento emergente desde los propios relatos.

## **2. Tipo y Diseño de Investigación**

La presente investigación es de carácter exploratorio, dado que la literatura o bibliografía relativa al contexto del quehacer del psicólogo en su práctica profesional, es escasa tanto en nuestra universidad, como en nuestro país.

En concordancia con lo anterior, y en palabras de Hernández, Fernández y Baptista (1998), este tipo de investigación se realiza cuando el objetivo es examinar un tema poco estudiado o que no ha sido abordado antes.

En efecto, los estudios exploratorios permiten familiarizarnos con los fenómenos de algún modo desconocidos, proporcionando información que podría representar un aporte relevante, en el evento de llevar a cabo una investigación posterior, más acabada sobre un contexto particular de la vida real (R. Hernández Sampieri; C. Fernández Collado; y P. Baptista Lucio; 1998).

Así, no obstante ser una nueva mirada sobre el tema, esta investigación no pretende acabar el tema, sino que por el contrario, ser un punto de partida para futuras investigaciones que ahonden en el tema estudiado, ya que otra de las características de un estudio exploratorio, es ser un primer paso, en un camino de subsiguientes y más profundas investigaciones sobre lo abordado (Cook, Selltiz y Wrigthsman, 1980).

Por su parte, el diseño de esta investigación será no-experimental, por cuanto no se manipularán las variables. Por el contrario, habrá que “observar los fenómenos tal cual se dan en su contexto natural, para posteriormente realizar los análisis correspondientes” (Sampieri, 1998, pág. 184).

En efecto, en la investigación no experimental, las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas. El investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre

ellas, porque ya sucedieron al igual que los efectos” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

### **3. Diseño Muestral**

#### **3.1 Universo**

El universo o población, entendido como “conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Selltiz, 1974, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 1998, p. 215), se constituye en esta investigación por los psicólogos que realizan su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica de la UAHC el año 2013.

#### **3.2 Muestra**

El tipo de muestra que se ha elegido “no se basó en una teoría matemática estadística sino que depende del investigador” (Ander-Egg, 1995, pág. 85).

En relación a esto, la selección de la muestra ha sido “razonada o intencionada”, lo cual implica que para la presente investigación se “ha escogido intencionalmente y no al azar- algunas categorías que se consideran típicas o representativas del fenómeno a estudiar (Ander-Egg, 1995, pág 185). Lo anterior, dado que en el Caps fluctúa anualmente la cantidad de practicantes entre 10 y 15 aproximadamente, que de manera permanente (anual) realizan su práctica allí, lo cual determinó la cantidad de entrevistas posibles de realizar en dicho contexto.

De este modo, la muestra corresponde a **6 psicólogos/as en práctica o formación profesional del Caps, que supervisan su ejercicio desde los distintos enfoques existentes actualmente en el Caps.** Esto es Humanista Existencial; psicoanalítica y postracionalista.

Las motivaciones respecto de la elección del CAPS como lugar y contexto desde donde se define el universo de esta investigación, se fundamenta en la factibilidad de la misma, es decir, la posibilidad real y concreta de realizar esta investigación en este centro de atención, por cuanto la investigadora a cargo de este trabajo, se encuentra realizando práctica profesional como psicóloga en esta institución.

En el mismo sentido, un segundo elemento, dice relación con la viabilidad de la investigación, y que es relevante en la decisión de optar por el CAPS como lugar desde donde se propone obtener la información de las personas para este estudio, tiene que ver con los recursos involucrados, ya que la cercanía y accesibilidad han permitido un gasto mínimo de recursos económicos.

Para que el proceso de muestreo se pueda llevar a cabo eficazmente, el universo a investigar debe estar delimitado, debiendo por ende, conocerse los elementos que lo componen. Lo anterior, dice relación con especificar claramente la población a investigar, por cuanto los elementos de dicho universo circunscrito se han de convertir en el entorno o contexto, desde donde se ha extraer la muestra (Rodríguez, 2000).

Se estableció contacto con terapeutas novatos conocidos por la investigadora que reunieran los criterios de inclusión y heterogeneidad de la muestra, aprovechando el recurso –como se dijo anteriormente- de que la investigadora también es terapeuta novata del Caps de la UAHC.

Las entrevistas se realizaron en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Humanismo Cristiano, en la comuna de Providencia, Región Metropolitana.

Para cada entrevista, se les solicitó a los participantes autorización para grabar.



#### **4. Técnica e instrumento de recolección de información**

La técnica de recolección de información fue la entrevista semi-estructurada, que forma parte del sustento metodológico cualitativo.

La muestra se constituyó por 6 psicólogos en práctica profesional, enfocados/as en la atención clínica de adultos del Centro de Atención Psicológica de la UAHC.

Por lo tanto, para iniciar la parte práctica de la presente investigación, y poder llevarla a cabo en dicho lugar, fue preciso conseguir la autorización formal del Coordinador General del Caps, y del Jefe de Escuela de Psicología de la Universidad, don Pablo Venegas.

Como se adelantó, el instrumento de recolección para esta investigación será la entrevista individual semi estructurada, cual es, aquella que “deja mayor libertad a la iniciativa de la persona interrogada y al encuestador teniendo como característica principal la ausencia de una estandarización formal” (Ander-Egg, 1995, pág 227).

Por otra parte, en la entrevista semi estructurada se establecieron determinados tópicos que dicen relación con la finalidad del estudio, a cargo de la investigadora, que ésta intentó pesquisar por medio de preguntas relativas a la temática a profundizar, aquello desconocido, sobre lo cual se desea profundizar y conocer.

De modo tal que al investigar se fomente por la investigadora, el discurso de los entrevistados que forman parte de su muestra, para así dar cuenta de dicha subjetividad, sin dejar de considerar a cada individuo como único y singular (Echeverría, 2005).

Los ejes temáticos que comprendieron las entrevistas semi estructuradas, se presentan de modo tal que éstas puedan dar cuenta del objetivo general, es decir, *Conocer el significado que atribuyen los psicólogos*

*egresados de la UAHC, que han realizado su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de la UAHC durante 2013, a la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.*

Por su parte, se considerarán los objetivos específicos como directrices de la estructura temática, la cual estará compuesta por los siguientes ejes:

- a) Identificar a partir de los relatos de los psicólogos en práctica del Caps, su experiencia frente a la “deserción de sus pacientes adultos”.
- b) Establecer las debilidades y fortalezas que advierte –respecto de su formación académica- el psicólogo en práctica en los casos de deserción terapéutica de sus pacientes adultos.
- c) Conocer el significado personal que otorgan los psicólogos, durante su práctica profesional, a los casos de deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

## **5. Análisis de la información:**

La técnica de análisis de información que se usará en esta investigación será el análisis cualitativo por categorías, por medio el cual, se intenta desarrollar un tipo de procedimiento cualitativo, que sea riguroso, explícito y replicable, en síntesis, un modo de análisis que puede ser seguido paso a paso por el investigador” (Echeverría, 2005).

El procedimiento referido, está constituido por técnicas de análisis de datos, aplicadas a la información obtenida en la investigación, usando categorías para su organización conceptual presentación de la información (Echeverría, 2005).

Una vez recibido y transcrito el discurso o entrevistas de los informantes a un texto, se procederá a depurar la información requerida.

Tras esta recolección de datos se comenzará el proceso de codificar y analizar las entrevistas. El análisis de la información recopilada será realizado

utilizando un análisis cualitativo por categorías, el cual permite ir distinguiendo, separando y categorizando los discursos de manera inductiva, diferenciando tópicos y categorías comunes, para luego, a partir de esas agrupaciones establecer relaciones e integraciones de los discursos (Echeverría, 2005). En él se pueden distinguir tres grandes etapas:

**1ª etapa: Agrupación en citas, tópicos y categorías:**

Luego de las primeras lecturas de las transcripciones de las 6 entrevistas realizadas, se subrayarán fragmentos, los cuales serán ordenados y clasificados.

**2ª Etapa: Establecimiento de categorías:**

Tras tener los tópicos establecidos, con sus respectivas síntesis y citas, se procederá a agruparlos considerando un sentido que los conecte en relación a la pregunta planteada y a los objetivos de la investigación.

Se asociarán los diferentes tópicos a conglomerados que tuviesen un mayor nivel de abstracción, configurándose en categorías y subcategorías.

Posteriormente se añadirá una breve descripción que sintetice los contenidos a nivel de categorías. En esta etapa, antes de que se proceda a integrar los resultados de los psicólogos en práctica.

**3ª Etapa: Integración final.**

Al obtener la consolidación de las categorías, con sus respectivas descripciones, tópicos y citas, se procederá a integrar lo dicho en las distintas entrevistas de los terapeutas en formación.

Por las características de esta investigación, que busca rescatar y conocer desde las miradas de los terapeutas en formación, el sentido que frente a la deserción terapéutica de los pacientes, tienen, se espera integrar posteriormente dichos resultados.

## V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

### 1. Resultados y análisis:

1.1. Categoría de Análisis 1: “Relatos de los psicólogos en su experiencia ante la deserción de los pacientes”.

#### 1.1.1 Análisis descriptivo:

i) Caso RP:

*“... En un principio, cuando inicié la práctica yo tenía hartas deserciones de mis pacientes. Y lo entiendo porque yo no estaba preparada. **Estaba súper insegura...**”.*

ii) Caso OP:

*“Al comienzo pensaba (...) en cualquier lugar se da que los pacientes se van” (...) “Cuando me pasó a mí fue diferente. **Uno se cuestiona: lo hice mal, o lo hice bien**”.*

iii) Caso MF:

*“Uno **indudablemente se cuestiona**. Se empieza a preguntar **qué hice mal, qué no le gustó al paciente**, en el fondo buscar razones en sí mismo (terapeuta) para explicar la deserción del paciente”.*

iv) Caso CG:

*“... un caso de una deserción de una chica que estaba muy complicada, (yo) no sabía qué iba a pasar con ella (...) y desertó. **Yo la esperé más tiempo del que debí** haberla esperado para que volviera, para que retomara la terapia. Y creo que fue malo (para mí) **porque tuve una preocupación extra** (...) Me tenía engañado”.*

v) Caso TC:

“... Al inicio **ansiedad**, quería poder ayudar a quien me fuese a consultar (...) a lo mejor asusté a la paciente, luego devino la **incertidumbre**... pero luego en supervisión me bajaron revoluciones y debí aprender a soltar ...”.

vi) Caso BD:

“... en el fondo él (paciente) venía por algo súper puntual (...) que ya estaba resuelto en la tercera sesión (...) y yo vi más cosas que pensaba íbamos a seguir trabajando. Pero esas cosas las vi yo, no él. Porque para él había dejado de ser un problema (...) Me sentí muy mal, y después peor porque ni siquiera pude decirle (viendo resuelto su tema) ‘mira, si quieres lo dejamos hasta aquí’.”

### **1.1.2 Análisis interpretativo:**

En la primera categoría de análisis, lo que se está buscando es aquella experiencia subjetiva relatada por el psicólogo novato de forma explícita o tácita, que más se ha relacionado con su **“experiencia ante la deserción de los pacientes”**.

A continuación, para analizar lo relativo a la **experiencia vivenciada** por los/las psicólogos/as en formación respecto de la deserción terapéutica de sus pacientes, se presentarán los matices que derivaron de los discursos de los/las entrevistadas, para reflexionar respecto del fenómeno, entendido como un abandono terapéutico prematuro, anticipado, y unilateral.

Hablamos en efecto, de una relación y un proceso que queda “inconcluso”, ya sea de parte del terapeuta, del paciente o de ambos y que deja el sentimiento de abandono, incertidumbre o desilusión tal como describe BD: “... en el fondo él (paciente) venía por algo súper

*puntual (que quedó) resuelto en la tercera sesión (...). Y yo vi más cosas, que pensaba íbamos a seguir trabajando. Pero esas cosas las vi yo, no él. Porque para él había dejado de ser un problema (...) Me sentí muy mal, y después peor porque ni siquiera pude decirle (viendo resuelto su tema) ‘mira, si quieres lo dejamos hasta aquí’.*”

Básicamente, cuando se habla de deserción, en el transcurso de las entrevistas, es posible advertir que todos los/las psicólogos/as en práctica entrevistados han vivenciado el fenómeno. De este modo, en los discursos es posible apreciar la deserción terapéutica, como un lugar común, al que todo psicoterapeuta puede verse enfrentado, y tal como lo describe OP: *“Al comienzo pensaba (...) en cualquier lugar se da que los pacientes se van” (...)* *“Cuando me pasó a mí fue diferente. **Uno se cuestiona: lo hice mal, o lo hice bien**”.*

Así, la decisión que toma el paciente sobre su proceso terapéutico, la decisión de no asistir más, produjo en los psicoterapeutas entrevistados, cuestionamientos respecto de su quehacer en las intervenciones realizadas.

En un primer momento, esto es, el inicio de la práctica profesional, dichas intervenciones –en palabras de los protagonistas de esta investigación- pudieron ser apresuradas y poco acertadas de acuerdo a la lógica del caso, según señala por ejemplo TC: *“... Al inicio **ansiedad**, quería poder ayudar a quien me fuese a consultar (...) a lo mejor asusté a la paciente, luego devino la **incertidumbre**... pero luego en supervisión me bajaron revoluciones y debí aprender a soltar ...”.*

Es importante detenernos en estas experiencias, vistas principalmente al inicio del proceso de aprendizaje de los novatos. Los efectos de esta ansiedad y cuestionamiento interno serían la

paralización que bloquea, rigidiza e impide ser más espontáneo y activo en las sesiones, fomentando en general la desconexión entre el novato y el paciente, debido a que el primero se enfoca más en su propia experiencia de angustia que en empatizar con el otro, y que en palabras de Herrera (2007), constituye efectivamente un error de “*falta de espontaneidad y rigidez*”, en los novatos.

Consecuentemente, es posible inferir que las cuotas de responsabilidad y presión del/a psicólogo/a en formación, determinen o condicionen, que los terapeutas novatos prioricen su atención en los pacientes que se quedan, respecto de los que desertan, tal como señala RP: “...*A menos que te toque que vaya a desertar una persona...(...) en realidad nunca lo he pensado* (sobre la deserción). *Yo creo que no hay un trabajo de deserción, porque ya no estoy con el paciente, entonces esto tiene ver más con qué te pasa a ti con el proceso, porque ya desapareció el otro*”.

Aquí surge un elemento relevante para esta investigación, profundizado previamente en el acápite de Antecedentes y Justificación respectivamente. Y es que de la bibliografía consultada, la deserción de los pacientes aparece preponderante y principalmente desde una mirada o análisis cuantitativo.

Cabe mencionar, una excepción interesante en los escasos registros que miran desde un lugar distinto al indicado, como es la tesis sobre “*La deserción de pacientes del Centro Atención Psicológica (CAPS), desde un punto de vista en primera persona*” de Magaña P. y Torres C. (2012).

En el mismo sentido, y respecto de la presente investigación, antes de convocar a los/las psicólogos practicantes sujetos de esta

investigación, a participar de las entrevistas –y en el transcurso de éstas- afirmaron no haber escuchado hablar con anterioridad sobre “**deserción en el ámbito terapéutico**”. Vemos en consecuencia, que estos pacientes que han desertado, forman parte de procesos sin memoria.

Vemos en consecuencia que estos pacientes que han desertado, forman parte de procesos sin memoria. Estos desaparecen sin haberles dado un lugar en la reflexión que el terapeuta novato debe hacer sobre su práctica clínica; quedando sólo en el registro, la experiencia ingrata del abandono anticipado de la terapia.

Por otra parte, los/las psicólogos en formación vinculan la experiencia de abandono referida, con implicancias incluso respecto de su futuro laboral. Es decir, los/las propios practicantes, no comparten ni divulgan la experiencia de haber tenido una deserción, ya sea por la relevancia o repercusión de estas deserciones, en el momento de generar redes de apoyo profesional, tal como lo puntualiza CG: “...es un tema súper fuerte e importante para el terapeuta. Porque en el fondo se está jugando la posibilidad de trabajar, y si a ti te desertan todos (los pacientes) debe haber una razón implicada en el terapeuta también...” (...). “... si tú no tienes pacientes, no puedes hacer clínica...”.

Generalmente la deserción es una afrenta frente a la propia imagen que se tiene como terapeuta y que se toma en contra. Es usual que no se hable del fenómeno en contextos formales que impliquen un nivel de reflexión y de crítica formal frente al quehacer, y frente a la comprensión que se pueda tener del caso.

Así, la deserción es un fenómeno que tiende a ocultarse, a dejarse fuera de los espacios académicos y el reflejo que se obtiene del



círculo en el que se pudiera compartir, es de menospreciar la estima con la que se pudiera contar a lo largo del trabajo con los pacientes.

Un último elemento a considerar al experimentar las deserciones de los pacientes, está vinculado con el protocolo del Caps respecto del momento en que se debe gestionar la “Epicrisis”. Es decir, la responsabilidad y obligatoriedad de “dejar registro escrito en un formulario por el ‘cierre del proceso terapéutico’, y que debe ser gestionado cuando el paciente ha dejado de asistir –sin previo aviso- en 3 ocasiones consecutivas a las sesiones agendadas; por alta del paciente; o derivación a otro proceso.”.

Dicho documento debe ser informado y visado por el Profesor/a Supervisor/a y el Coordinador del Caps”.

En el mismo sentido, los/las psicólogos/as en formación, tienen presente una práctica consuetudinaria que consiste en invitar al paciente a retomar su proceso terapéutico, aún cuando éste haya dejado de asistir en dichas 3 ocasiones.

No obstante la claridad de la operatoria e implicancias de las Epicrisis por deserción terapéutica, éstas no constituyen un tema de conversación, ni debate abierto entre los/las propios practicantes. Pero sí, una inquietud que aparece –al menos en el discurso de los/las entrevistados/as- por tener una connotación negativa, tal como lo expresa CG: “**Epicrisis** (por deserción): *aquí pasó algo malo. Otro pensamiento: aquí hay gato encerrado. Y, otro pensamiento: me da curiosidad saber por qué pasó...*”.

Todo indica que suscitada una deserción terapéutica -sea cual fuere el momento en que se encuentre el/la psicólogo/ga- debe seguirle

a continuación un proceso reflexivo, más allá del quehacer profesional. Aquello que permita fluir el ser y el quehacer de la persona que escucha a sus pacientes, para llegar a la comprensión de lo que sucede frente a él: antes, durante la terapia, y en una eventual deserción.

La genuina entrega, llámese vocación o principio ético de las intervenciones, y de lo que significa un trabajo constante y comprensivo en el campo de la psicoterapia, no puede condicionar, generar ni producir una escisión entre el ser y el quehacer de la persona del terapeuta, como tampoco, puede pretender ser fiel y abnegado a un enfoque teórico, que nos llevaría forzosamente a negar la riqueza de aquello que se fluye a cada momento en los procesos terapéuticos.

1.2 Categoría de Análisis 2: *“Debilidades y fortalezas del psicólogo – respecto de su formación académica- en los casos de deserción terapéutica de sus pacientes adultos”.*

### **1.2.1 Análisis descriptivo:**

i) Caso RP:

Respuesta sobre ‘herramientas al egresar para enfrentar la deserción terapéutica’: *“Teníamos muchas herramientas teóricas, mucha lectura, pero muy poca práctica. No sólo en la deserción, sino en la primera entrevista por ejemplo.”.*

Respuesta a la pregunta ¿Cuándo fue la primera vez que escuchaste hablar de deserción terapéutica?: *“Acá, en el Caps. Cuando vi las fichas y vi que había que completar las ‘epicrisis”.*

ii) Caso OP:

Respuesta a la pregunta sobre “formación, seminario, o revisión de algún contenido en pregrado sobre deserción terapéutica’?: *"No nunca. O sea, de cómo llevar ese proceso -deserción terapéutica-? Nunca".*

Respuesta a la pregunta ¿En qué pasos de la formación debería abordarse el tema de la deserción terapéutica? *"Si lo pensamos como hablamos (...) de naturalizarlo, y no esconderlo, yo creo que debería estar desde siempre (...) después de segundo año, y por cada enfoque (...) quizás **-como contenido-** en una pasantía de "Psicoterapia", -y- abordar el proceso de la deserción o el fenómeno de la deserción."*

iii) Caso MF:

Respuesta a la pregunta sobre ‘formación, seminario, o revisión de algún contenido en pregrado sobre deserción terapéutica’: *"No. Sin duda tiene que haber pasado en algún momento. Pero así como contenido de cómo establecer una relación terapéutica que favorezca la permanencia, o cuidar el espacio terapéutico, o de la deserción propiamente tal, no."*

iv) Caso CG:

Respuesta a la pregunta por algún tipo de ‘formación, seminario, o revisión de algún contenido en pregrado sobre deserción terapéutica’: *"Nada. Es como una figura abstracta. Es una figura mitológica, todos sabemos que existe pero nos da miedo y no hablamos de nada"*.

v) Caso TC:

Respuesta a la pregunta ¿En qué pasos de la formación debería abordarse el tema de la deserción terapéutica? *"En las pasantías probablemente..."*.

vi) Caso BD:

Respuesta a la pregunta por algún tipo de ‘formación, seminario, o revisión de algún contenido en pregrado sobre deserción terapéutica’: “No”.

Respuesta sobre ‘herramientas al egresar para enfrentar la deserción terapéutica’: “Yo creo que la experiencia que uno tiene en este año de práctica”.

Y posterior al egreso? *“No. (...) Siempre te enseñan qué hacer cuando los pacientes están en terapia, pero no te enseñan qué hacer -porque claro puede sonar un poco como ilógico-, cuando un paciente se va.”*

Respuesta a la pregunta ¿En qué pasos de la formación debería abordarse el tema de la deserción terapéutica? *“En las pasantías yo creo.”*

### **1.2.2 Análisis interpretativo:**

En esta segunda categoría de análisis se incluyen comentarios, afirmaciones y juicios de los terapeutas novatos referentes a su formación de pregrado, y supervisión de práctica, ya sean observaciones o reflexiones.

Es decir, se recoge en el análisis de esta categoría, lo que a juicio de los psicólogos en formación, constituyen debilidades y fortalezas en su formación, y, eventualmente, lo que en su opinión pudiera considerarse como sugerencia o recomendación, para el ámbito práctico de su formación de pregrado.

En este sentido, y antes de comenzar con el análisis de esta categoría, es pertinente señalar que lo que se busca no es establecer, o

dar cuenta que la “Deserción Terapéutica” pudiera ser un eje central de la carrera de Psicología, que se hubiera sido omitido o invisibilizado.

Tampoco pretende esta investigación centrar su análisis o cuestionamiento en la malla de nuestra carrera, por cuanto tal como señala OP, *"Esta problemática –deserción terapéutica- acontece en cualquier Universidad, porque mi polola que está en la Usach, me contaba que los pacientes se iban y todo..."*.

Por el contrario, y como se ha señalado en el cuerpo de esta investigación, parte de la relevancia de ésta, se vincula con posibilitar canales de comunicación y reflexión en torno a la experiencia del psicólogo que realiza su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica de la UAHC durante el año 2013, particularmente, respecto de la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

Al efecto, y como es de esperar, hay un consenso en el discurso de los terapeutas inexpertos sobre la inexistencia, o al menos debilidad en la profundización de contenidos respecto del fenómeno de “deserción terapéutica”, en la formación de pregrado del psicólogo clínico de la UAHC.

Así, este modesto conocimiento práctico queda de manifiesto en la respuesta de TC al preguntarle 'cuándo fue la primera vez que escuchó hablar de Deserción terapéutica', respondiendo que: *“Es una palabra que quizás ronda en el aire y la incorporé de algún lado, es rara (inusual) esa pregunta”*.

Lo propio en el análisis de CG: *“Es un tema que yo siento muy fuera. Un tema delicado. Un tema un poco tabú diría yo. No, no, se habla nada”*.

Cabe señalar, que de los entrevistados, sólo uno dio cuenta de haber conocido -y tener preparación- sobre el fenómeno, por su trabajo en un Consultorio del Servicio de Salud Pública, del que da cuenta señalando: *“En el Consultorio. El tema de la deserción está más bien relacionado con las características del plan de salud mental, y cómo se implementan en el consultorio.”*

Agrega además, *“Pero aún así, con la inasistencia (de 2 ocasiones), el terapeuta tiene que hacer un ‘rescate terapéutico’ que se llama. Entonces hacemos una serie de intervenciones –se reitera la citación al paciente-, y si aún así, si no viene se procede al “alta administrativa”*. Claramente, la experiencia profesional previa de Trabajador Social de este psicólogo en formación, le permitió acceder a este conocimiento relativo a la deserción.

De la notable carencia de conocimientos prácticos -incluso teóricos- en la materia que es motivo de esta investigación, y que se evidencia con claridad en las entrevistas, cabe al menos preguntarse sobre la pertinencia de evaluar el aumento del número de horas de formación práctica en pregrado en lo concerniente al proceso psicoterapéutico.

Efectivamente no hay elementos que den cuenta que el fenómeno investigado haya sido materia de estudio, ejercicio práctico u observado en sala espejo, tal como lo refiere OP: *“No está eso en el pregrado, se habla, pero no se trabaja”*.

Sobre cómo resolver esta “aparente falencia”, **CG**: señala que quizás este fenómeno podría abordarse *“En una pasantía (...) creo que es un buen espacio. Un curso práctico, algo donde se permita el diálogo, más que el estudio teórico.”*

Como es de esperar, los terapeutas en formación entrevistados, detectan una necesidad de formación teórica y práctica más contundente, sin desconocer la necesidad de que una vez titulados deben considerar seriamente continuar con su formación.

Mención aparte merece lo señalado por CG, al indicar que un valor importante en la UAHC “*es la formación con una visión de mundo muy abierta*”, y debemos agregar crítica, todo lo cual se traspa a los alumnos desde las primeras cátedras.

Quienes hayan tenido la oportunidad de asistir a las clases de los profesores Juan Mauricio Contreras y/o Claudio Gutiérrez, -sólo por mencionar a dos profesores que acompañan el inicio de la carrera- recordarán el énfasis de ambos, sobre la responsabilidad de estar involucrados en la salud mental de las personas.

**- Supervisiones a cargo de profesores guías de práctica:**

Como se refirió anteriormente, este ámbito de la práctica se desarrolla desde cada enfoque desde el cual se trabaja en el Caps. Así, cada psicólogo en formación, debe dar cuenta a su profesor guía de práctica respecto de las terapias de cada paciente atendido por el terapeuta, al menos una vez por semana.

Al profundizar en la percepción de los/las entrevistados/as respecto de las distintas supervisiones, y sin perjuicio de analizar sus fortalezas y debilidades, éstas son percibidas unánimemente como un ***espacio esencial en su formación***, específicamente debido a que permiten al terapeuta en formación contrastar impresiones respecto de

sus casos, siendo especialmente valoradas cuando se accede a las propias experiencias del profesor guía o supervisor.

Así, del discurso de los entrevistados, surgen como debilidades o menos favorable, lo descrito por BD, en tanto *“que es muy corto el tiempo (de supervisión), ... Ojalá pudiera ser más tiempo, o más personalizada. No –necesariamente- individuales pero sí, un poco más de tiempo, o menos personas”*.

Coincidente con el juicio de CG quien señala: *“Los horarios no están muy definidos, yo creo, que esa es la debilidad al parecer (de todas (las supervisiones). Yo creo que sería bueno que definieran más, yo diría que el tiempo, debería ser más largo, o **debería estar más tiempo con el supervisor. Es muy grupal.** Yo creo que eso es una debilidad también (...) faltan espacio individuales”*.

Por otra parte, aunque las comparaciones a veces resultan odiosas, éstas pueden resultar un aporte al querer mejorar las propias experiencias, sobre todo cuando se habla de formación, y más aún cuando existen los recursos para implementarlos, y que dice relación con lo que para MF *“...pareciera que se debería fortalecer (...) tengo una compañera (en el consultorio) que me contó que todos los casos eran supervisados (en su práctica) en sala de espejo. Desde el principio, desde la primera sesión. Entonces, claro igual puede ser fuerte”*.

Agrega además MF, argumentos contundentes al señalar: *“A mi me hubiera gustado que fuera así, no sé si un 100% pero que ocurriera para que no fuera sólo lo que uno dice al profesor en la supervisión, lo que se revise o evalúe (...) –sino también- la forma de abordar al*



*paciente, de conversar, de recibirlo, etc., uno no lo advierte necesariamente”.*

Así, elementos como cierta escases en el tiempo de supervisión de cada terapeuta en formación, y la inclusión permanente de la práctica en sala de espejo, son reiteradas en el discurso de los psicólogos en práctica, respecto de ciertos aspectos que podrían mejorarse en la supervisión clínica del Caps.

En relación a las fortalezas, éstas también son compartidas por los terapeutas entrevistados como el espacio por definición para resolver dudas y poder avanzar en el trabajo terapéutico con el paciente.

Es el caso de FM, al señalar lo particularmente contenedor, en tanto dicho espacio *“tiene un efecto de autoayuda ‘como los grupos de alcohólicos anónimos’.* Entonces, una persona –el terapeuta- *que consigue reflejarse en el otro, ‘oye, en realidad a mí me pasa lo mismo..., o ‘yo pensaba que sólo a mí’.* Entonces es una válvula que se abre, y sueltas la presión. *Eso en un primer momento”.*

El mismo terapeuta señala lo que para él constituye otra fortaleza al emerger en dicha instancia de supervisión *“los distintos puntos de vista sobre lo que uno está haciendo (...) el aporte de mis compañeros/as cuando compartíamos la experiencia, y se dice ‘a mí se me hubiera ocurrido esto, y esto otro’, y esos son aportes, todos. Porque después tú te preguntas, por qué no lo pensé antes...”.*

Por su parte, en palabras de BD, lo que le facilitó ir entendiendo la deserción, fue lo dicho por su profesora guía respecto de que *“siempre hay un grado de responsabilidad –en el terapeuta- en la deserción”.* Agrega como ejemplo: *“De todo uno aprende (...) si uno le*

*cambia una hora al paciente y –éste- no viene (...) o si uno es muy inflexible...”, son elementos que se deben manejar con cierta delicadeza.*

Para GC, otra *“gran fortaleza es que hay académicos expertos en el área (...) y creo que eso es un gran aporte”*.

En similar sentido, lo refiere RP al indicar *“...que hay un trabajo. Un análisis. Es que yo creo que el profesor nos da mucha libertad. Busca la forma de hacerte ... nos dice que a las supervisiones lleguemos con preguntas concretas, y le explicamos el caso y todo, pero nos da harta autonomía.”*

Así, las fortalezas rescatadas por los terapeutas en formación, pueden resumirse en el aporte epistemológico y de experiencia que transmite el profesor guía; la flexibilidad de éste para dejar actuar y guiar al mismo tiempo.

Adicionalmente, el énfasis en el sentido de las intervenciones (S. Aronsohn; C. Bienzobas; supervisiones Posracionalismo, Caps, 2013); es decir, *“el para qué de las acciones terapéuticas”*.

Por último, el compartir con los/las compañeros de práctica sus experiencias y temores, que los hace conscientes de lo que les ocurre como terapeutas.

#### **- Reuniones clínicas semanales del Centro del Caps:**

Mención aparte en este análisis de categoría, merecen las **reuniones clínicas** (de cada lunes con la asistencia de todos los psicólogos/as practicantes, de continuidad y profesores guías de práctica), y que en opinión de todos/as los/las practicantes –recogidas tanto en las mismas reuniones, como en conversaciones anexas o

informales dentro de cada supervisión- era una de las instancias más enriquecedoras de la práctica.

Esto, porque durante el primer semestre del año 2013, dicha reunión contemplaba la exposición y análisis previo de los casos que serían derivados (a cada profesor guía y respectiva supervisión).

El análisis realizado desde las distintas miradas y experiencias de los profesores/as guías, tenía por objeto definir el enfoque más idóneo para asumir la terapia del paciente respectivo, lo cual naturalmente era un aporte valiosísimo que en el contexto de esta investigación, debe quedar consignado.

### **1.3 Categoría de Análisis 3: “Significado personal de los psicólogos en su práctica profesional ante casos de deserción terapéutica”.**

#### **1.3.1 Análisis descriptivo:**

i) Caso RP:

*“... lo veo como un proceso, no como una evaluación, y tiene que ver con esto de desligarme de lo escolarizante del proceso.”*

*“Yo creo que uno igual se siente. Pucha perdí a (paciente)... , uno se encariña con el paciente. Y si estás con hartas deserciones por algo será.”*

*“En un principio es la pérdida, pero luego pienso que estará mejor. Pero siempre, o sea, hay algo que queda instalado, entonces, independiente del que se fue por plata, igual le dejamos algo instalado, aunque no vuelva acá, queda una consciencia de que hay que trabajarse.”*

ii) Caso VP:

*“Para psicólogos en práctica yo creo que tiene un efecto bien fuerte, a nivel catastrófico, cómo lo está operando. O sea, que pensemos: estamos haciendo bien este proceso?, hice lo suficiente? preparé un método? no lo prepare? por eso se fue?, y otras cosas más que uno no las sabe, el paciente se fue porque quiso?”*

*“... cuestionamiento al desempeño (...) a la persona... sí también, porque a lo mejor no le caíste bien al paciente, y ese vínculo a la vez puede ser profesional y personal”.*

*“... al principio era todo un caos, yo me preguntaba “qué hice mal?”, “por qué no la mire bien? No sé.”.*

Se cuestiona *“El ego (...) El terapeuta “...se pregunta: ¿ese paciente volverá?”.*

*“... claramente si empieza a suceder mucho –deserción de pacientes- eso podría influir en esta construcción de este psicólogo (...) porque él no sólo se afectaría en su ego. Sino que no lograría llevar un proceso terapéutico completo, donde podría elaborarse una cierta forma de operar, tal vez esa persona no sabría cómo llevar a cabo un proceso de duelo.”.*

iii) Caso MF:

*“Influye positivamente ...-al- hacerse una autoevaluación sobre qué elementos no están siendo bien utilizados, y creo que también puede influir negativamente en la autoestima”.*

iv) Caso CG:

*“Yo creo que algunos –psicólogos en formación- se deprimen. Yo he visto que algunos se angustian. Yo he visto que algunos no les importa nada. Pero yo diría, que a la mayoría les afecta, su estado de ánimo, su autoestima.”*

*“Para mi es –Epicrisis por deserción- aquí pasó algo malo.”*

*“Yo creo que si a un terapeuta le importa su trabajo es algo que va a quedar ahí en su cabeza dando vueltas siempre. Y si es un mal terapeuta, yo creo que le va importar muy poco. Yo creo que lo que va a pasar con su identidad es que va asumir de una manera profesional lo que ocurre en cuanto a la deserción. O se va a dar la identidad de “ser poco profesional con el fenómeno de la deserción”. Es un poco duro pero yo creo que así sería.”*

v) Caso TC:

*“Sobreviene el cuestionamiento (...) a algunos se le daña el ego ...”*

*“...si veo que fue algún error mío trataría de supervisarme para mejorarme como terapeuta o psicóloga y procurar estar más atenta para después.”*

*“...en mi caso –frente a una deserción- mi supervisor fue cuidadoso y empático (...) Eso también da seguridad para continuar y no bajonearse. Porque si te critican todo el tiempo, quizás eso abrume más de lo que aporte.”*

*“Es súper importante que pase –deserción del paciente-, en mi caso hasta lo valoré, es necesario porque implica aprender a soltar, aprender a ver si hubo algún error de parte del terapeuta o bien si el*

*paciente no respondió bien a su terapia. Con una buena supervisión no debiese afectar mayormente.”.*

vi) Caso BD:

*“Depende de cada persona, yo creo que hay un tema, pero no es la manera teórica de abordarla, porque no es que a uno le pase a, b, o c. Probablemente el terapeuta que siente que el paciente era difícil, o, tiene su horario difícil...”.*

*“Busco un poco la responsabilidad que yo pude haber tenido en eso (...) los pacientes que vinieron dos veces, o aunque sea tres veces (...) yo siempre pienso: pude haber hecho que se enganchara más en la terapia?: quizás. Claro, me pongo a pensar qué podría haber pasado, qué -falta- podría haber cometido yo, o no cometido”.*

*“... cuando es uno de los primeros pacientes, generalmente uno viene súper con el libro bajo el brazo; así como lo que te han enseñado. Pero cada paciente te va enseñando a pararte en algún lado. Pero eso, **es lo que te va construyendo a ti como psicólogo clínico a ti también junto con el estudio, es la experiencia.”.***

*“Depende del terapeuta: algunos dirán ‘era obvio que no iba venir más’ (el paciente), ‘se veía desinteresada desde el minuto uno’. Y otros dirán, qué pude haber hecho... para que esta señora se interesara? Haberle interesado aunque sea mínimamente. Entonces, hay algunos que son más críticos con uno, y eso va en la manera de ser de cada terapeuta consigo mismo.”.*

*“ ... le van atribuir algún grado de responsabilidad de deserción a los pacientes entonces depende mucho de cada persona.”.*

*“Yo creo que dice algo igual. También yo he podido ver que hay factores. Me han fallado pacientes, y simplemente algunos ni los conocí, porque no vinieron nunca, entonces yo entro a pensar: bueno está bien que uno sea crítico, pero hay deserciones que si nunca me conoció, no puedo ser culpable”, “no puedo sentirme así. Pero sí puede (complicar tu identidad), si es una persona (terapeuta) al que todos los pacientes le desertan, que todos los pacientes vienen dos o tres veces y no vuelven más: algo dice también eso.”.*

*“Un terapeuta al que ningún paciente deserta, y todos siguen procesos largos también dice algo. Y si alguien se preocupa de la deserción de los pacientes, o no se preocupa de la deserción también dice algo, todo dice algo.”.*

### **1.3.2 Análisis descriptivo:**

El orden de esta tercera y última categoría no es casual. Justamente, ha quedado para el final, porque el objetivo es aquí develar a través del discurso de los entrevistados, los significados de dicha experiencia, habiendo profundizado previamente en la experiencia y juicios sobre aspectos académicos.

Se abordan en efecto, los significados que se desprenden de los discursos de los terapeutas entrevistados con relación al fenómeno de la deserción, o el abandono terapéutico, intentando develar los matices que se desprenden de estos significados.

Así pues, al finalizar con el análisis de contenido de esta categoría, se espera un primer gran acercamiento a lo que develaron los entrevistados con relación al fenómeno de la deserción y su significación.

Tal como se adelantó en el marco teórico de esta investigación, el único camino para acceder a los significados de los psicólogos en formación, respecto de la deserción de sus pacientes, ha sido acercarnos al punto de vista en primera persona de cada entrevistado; profundizando en la experiencia de cada uno (según da cuenta el primer análisis de categoría), hasta el punto de mirar el fenómeno de estas deserciones terapéuticas, desde el horizonte de significados de cada entrevistado, y recobrando una y otra vez una distancia crítica y valorativa acerca de estas vivencias -que en el contexto terapéutico se traduciría en la oscilación que se produciría constantemente entre el compartir las experiencias y la historia del paciente- y el distanciamiento analítico al que recurre el terapeuta para modular su abordaje.

Básicamente, cuando se habla de deserción, en el transcurso de las entrevistas, es posible advertir que todos los/las psicólogos/as en práctica entrevistados han vivenciado el fenómeno. Es decir, es posible apreciar el fenómeno como un lugar común, al que todo terapeuta se ha visto enfrentado, en este contexto de formación. Y, se vislumbra además como un hecho natural también en las etapas posteriores del quehacer profesional y práctica clínica futura.

Llama la atención por otra parte, un cruce al menos paradójico en el sentido que siendo el fenómeno común a todos los entrevistados, y significado mayoritariamente como inquietante según refiere OP: *"Para los psicólogos en práctica yo creo que tiene un efecto bien fuerte, a nivel catastrófico, cómo lo está operando..."*. el mismo no haya tenido un espacio reflexivo, de discusión común o análisis en las supervisiones respectivas.



Hablamos en efecto, de una relación y un proceso que queda al menos “inconcluso” para el terapeuta, y quizás para el paciente, donde emerge el sentimiento de abandono o incertidumbre, tal como describe CG: *“Para mi es “Epicrisis” -por deserción- aquí pasó algo malo (...) qué ocurrió? Si yo fuera paciente, yo dejaría la terapia porque el terapeuta es malo, no es bueno, no se la puede.”*

Luego, al profundizar en las entrevistas, emergen elementos relativos a **la inexperiencia y desconocimiento de elementos prácticos en psicoterapia**, que determinan la escases de herramientas asertivas para poder anticiparse al proceso y al paciente, siendo ésta última tarea responsabilidad de quien conduce el proceso, es decir, del terapeuta, tal como lo refiere BD: *“... cuando es uno de los primeros pacientes, generalmente uno viene súper con el libro bajo el brazo; así como lo que te han enseñado. Pero cada paciente te va enseñando a pararte en algún lado. Pero eso, es lo que te va construyendo a ti como psicólogo clínico a ti también junto con el estudio, es la experiencia.”*

Llama la atención, como en el transcurso de las entrevistas, y situados ya en un proceso reflexivo, van apareciendo en el discurso de los/las psicólogos/as practicantes, conceptos tales como *“autodeterminación del paciente”* al momento de decidir abandonar el proceso terapéutico, tanto porque éste pudo no sentirse a gusto, o porque el paciente, pudo resolver en un momento distinto al esperado por el psicólogo en formación, la problemática que lo llevó a consultar.

Se va desestimando de este modo, que sea el terapeuta el único que puede decidir sobre la terminación del proceso terapéutico. Como también la idea paradigmática del lugar de saber poder del psicólogo/a,

que desconoce el lugar *protagónico del paciente como “único experto en sí mismo” (Guidano, 1994).*

En efecto, este abandono anticipado e inesperado, se puede originar sencillamente en la autodeterminación del paciente para concluir su proceso, sin dar aviso de su partida, tal como lo infiere BD de acuerdo a su experiencia con un paciente: *“... en el fondo él (paciente) venía por algo súper puntual (...) que ya estaba resuelto en la tercera sesión (...) y yo vi más cosas que pensaba íbamos a seguir trabajando. Pero esas cosas las vi yo, no él.”.*

Lo propio en el discurso de OP, donde surge como un elemento interesante de abordar o profundizar en la terapia, una reflexión en términos de setting o escenario terapéutico: *“Es que tal vez en el encuadre, se podría ya dar por hecho (...) –y señalar al paciente que además de que- éste es tu espacio, tu lugar (...) y está muy claro que existe la deserción. Y si tú te vas porque te sientes bien, está todo ok, o si te vas porque no lo hice bien, también está bien, o porque este método no resultó. La idea sería incluirlo en el encuadre, y no dejarlo como algo que está tan escondido. No verlo como algo negativo, y que el paciente entienda que se puede ir porque está bien, porque el enfoque no le acomoda, o porque el terapeuta no lo hizo bien. Naturalizarlo, no ocultarlo.”.*

Para ambos terapeutas, hubiera sido significativo poder hablar con sus pacientes sobre su intención de concluir la terapia, lo que por tanto ya no sería leído como abandono terapéutico, sino de un cierre del proceso, y más relevante aún, haber ganado la confianza del paciente, aún cuando eso no dependa totalmente del terapeuta.

Por otra parte, los/las psicólogos en formación vinculan la experiencia de abandono referida, con implicancias incluso respecto de su futuro laboral. Es decir, los/las propios practicantes, no comparten ni divulgan la experiencia de haber tenido una deserción, ya sea por la relevancia o repercusión de estas deserciones y cuidar su prestigio entre sus partes, como también al generar redes de apoyo profesional, tal como lo puntualiza OP *“No, yo creo que es por el ego, porque uno esconde sus debilidades. Y que tus pares te vean así, deben pensar que me amargo, me van a recomendar después de esto? No sé millones de cosas, fue triste.”*

Así, la deserción es un fenómeno que tiende a ocultarse, a dejarse fuera de los espacios académicos y el reflejo que se obtiene del círculo en el que se pudiera compartir, es de menospreciar la estima con la que se pudiera contar a lo largo del trabajo con los pacientes.

El análisis del fenómeno y la manera en qué se analiza, es punto importante en los casos de deserción, la remisión al análisis personal con relación al caso que deserta para pensar posibles acciones terapéuticas.

De lo dicho anteriormente, sobre lo significativo del fenómeno de deserción terapéutica, naturalmente no se pretende acabar la discusión, ya que dependiendo de la mirada con la cual se aborde, las reflexiones pueden ser diversas generando nuevas discusiones y puntos de vistas.

Una vivencia esperable en el contexto de formación, pero no por ello, menos desgastante o estresante cuando la misma, tiene implicancias en la evaluación de desempeño de cada psicólogo en formación, y que fluye evidente del significado que ello implica para CG al señalar que *“Cuando el paciente deserta se cuestiona tu capacidad*

*de llevar el caso por buen camino terapéutico (...) Como identidad yo podría decir que juega un papel importante en cuanto a la autoevaluación como terapeuta, y la capacidad de ser evaluado o ser criticado (...).”*

De este modo, y aún cuando las razonables carencias de experiencia y conocimiento, propios del pregrado, son esperables, éstas también se ponen en juego como elementos de posicionamiento en el medio en el cual se realiza la práctica profesional, pudiendo repercutir incluso en el futuro laboral, sustentado en el “prestigio” o “desempeño” que haya mostrado el psicólogo en formación.

Así, la mayoría de los psicólogos en formación, otorga a este fenómeno de deserción un significado de “experiencia o acontecimiento ineludible”, tanto en este momento (práctica profesional), como en el futuro ejercicio de cada profesional.

En efecto, coinciden los discursos, que situados en el contexto de la práctica profesional, en el cual cometer errores es ineludible, también debe serlo aprender de los eventuales errores cometidos, lo cual queda representado en lo dicho por MF: *“Ocurre que si los pacientes desertan, y eso no ayuda a que el terapeuta haga una evaluación de su desempeño profesional, y de sus características personales..., no hay una exploración de qué está pasando con eso, una reflexión -y por tanto-, no hay un cambio en consecuencia de eso: yo creo que no está bien.”*

De lo expuesto –experiencias y significaciones de los terapeutas entrevistados- queda de manifiesto que el terapeuta no puede pretender ser, ni es el único implicado en las decisiones o movimientos en el proceso terapéutico, y que justamente, omitir o renegar dicha situación

limita las posibilidades de comprender y acceder a las complejidades del fenómeno.

Todo indica que suscitada una deserción terapéutica -sea cual fuere el momento en que se encuentre el/la psicólogo/ga- debe seguirle a continuación un proceso reflexivo, más allá del quehacer profesional. Aquello que permita fluir el ser y el quehacer de la persona que escucha a sus pacientes, para llegar a la comprensión de lo que sucede frente a él: antes, durante la terapia, y en una eventual deserción.

## **2. Conclusiones**

En palabras de Alcázar (2007), que el paciente asista a terapia se relaciona directamente con que éste vea en el terapeuta, una serie de características positivas que le hacen sentir empatía y confianza en él/ella, de lo contrario el paciente abandonaría el proceso por falta de sintonía entre lo que busca el paciente y lo que busca el terapeuta.

En este mismo sentido, Beyebach y Cols. (1996) proponen que la deserción o el abandono terapéutico ocurren cuando se termina el proceso de manera unilateral por parte del paciente sin dar previo aviso.

La deserción en el campo de la psicoterapia es compleja y multicausal, sin perjuicio del momento en que dicho fenómeno ocurra en la vida profesional del psicólogo/a.

Sin embargo, si el contexto es la formación de pregrado, donde se realizó la presente investigación, el escenario puede ser aún más problemático.

Al respecto, es necesario señalar que la pretensión de esta investigación no aspiró establecer, ni dar cuenta que la “Deserción Terapéutica” pudiera ser un eje central de la carrera de Psicología, o que hubiera sido omitido o invisibilizado en la malla respectiva.

Se trata, de que las implicancias del fenómeno en el ámbito clínico, trascienden el proceso personal del terapeuta, repercutiendo necesariamente en las habilidades clínicas que se deben desarrollar y consolidar en esta fase inicial.

En efecto, no existe una manera de evitar que ocurra el fenómeno de la deserción en psicoterapia, lo que se suma a la relevancia e importancia en su estudio.

Los pacientes al desertar de un proceso terapéutico, dan cuenta de un ejercicio de voluntad, por cuanto ningún paciente está forzado a mantener un proceso terapéutico o a abandonarlo, siendo esta autodeterminación un elemento esencial al abordar y discutir el fenómeno de la deserción.

La presente investigación recogió de los discursos de los psicólogos en formación del Caps, su experiencia ante la deserción; como asimismo, lo que a juicio de estos, constituyen debilidades y fortalezas en su formación; y, lo que en su opinión pudiera –eventualmente- considerarse como sugerencia o recomendación, para el ámbito práctico de la formación de pregrado; todo lo cual constituye la significación que tiene para estos psicólogos en formación, el fenómeno en estudio.

Cabe señalar, que las variables socioculturales, tales como el nivel educativo, económico, lugar de procedencia y creencias tanto familiares como religiosas, sumadas a los preceptos morales de la sociedad dentro de los que se inscriben los individuos, podrían ser determinantes en la aproximación al

fenómeno de la deserción. Generalmente, el análisis de las deserciones se hace en sintonía con la relación central que mantenían paciente y psicoterapeuta, sin incluir los elementos culturales que paciente y terapeuta aportan en el encuentro de una terapia.

Por su parte, y con respecto al encuadre o setting terapéutico, existen diversos modos de establecerlo y acordarlo mutuamente entre el paciente y el psicólogo. Señalándose dicha instancia -en la presente investigación- como oportuna –de acuerdo a lo sugerido por uno de los psicólogos entrevistados- para generar, por qué no decirlo, un canal de comunicación entre terapeuta y paciente para abordar desde un principio lo concerniente a la deserción.

Como se dijo, la deserción terapéutica debe ser tomada en serio para quien decida optar por el trabajo clínico. Previo a esta deserción, pueden aflorar temores y eventos esenciales no resueltos por el paciente con los cuales deberá entenderse el terapeuta; tarea que no es facilitada por una sociedad de consumo que aspira justamente a la no reflexión de los procesos psíquicos, íntimos y complejos de cada individuo.

Así, la psicoterapia puede tornarse inocua, como objeto libre de consumo, sinónimo de estatus, o elemento de valor agregado en una sociedad moderna, en lugar de una manera de cuidar de sí mismo y de quienes nos rodean.

La psicoterapia debe ser un aporte a la calidad de vida de las personas; mecanismo para empoderarse o lograr la autodeterminación que nos permita acceder a lo que para cada cual implica un mejoramiento en la calidad de vida mental y/o subjetividad.

**a. Camino para acceder a los discursos de los/las Psicólogo en Práctica:**

En la planificación del diseño de la investigación, ésta fue pensada de modo tal que la pregunta de investigación desarrollada, -y que dice relación con los ***significados que construyen los psicólogos en formación, ante la experiencia*** de deserción terapéutica de sus pacientes- debía ser necesariamente profundizada comprendiendo la experiencia humana de este psicólogo. Es decir, desde el punto de vista de quién tuvo la ***vivencia o la experiencia inmediata (terapeuta en formación)***, dándole relevancia al enfoque en primera persona de la experiencia personal, y con el sustento teórico de Vittorio Guidano (1994).

Por obvio que parezca, cada sujeto de nuestra investigación, es decir, cada psicólogo/a en formación, tiene una identidad única; y por tanto, singulares y diferentes emociones experimentadas respecto de un mismo fenómeno: la deserción de sus pacientes.

Asimismo, como se dijo anteriormente, la presente investigación se realizó a través de la metodología cualitativa, lo cual la distingue de la modalidad en que generalmente se aborda la deserción terapéutica, y que es fundamentalmente desde un prisma cuantitativo. En efecto, la metodología escogida, fue el camino óptimo para acceder a los significados de los psicólogos en formación, explorando junto a ellos, su experiencia, y procesos de reflexión en el escenario descrito.

En relación con *la vivencia del psicólogo en formación*, y considerando las bases sobre las que se asienta la discusión de la *experiencia de cada individuo*, son los aportes de Alfredo Ruiz, los que permiten evidenciar un aspecto esencial de la epistemología empirista, en la cual se pretende dar cuenta del *vivenciar como una realidad objetiva, que ya contiene en sí misma el sentido de todas las cosas, y que existe en forma independiente de la manera en que los sujetos la perciben*. Ésta, además de ser *una realidad*



*única e igual para todos, donde el conocimiento viene a ser una representación de ésta, pretendiendo considerar al propio observador como imparcial y objetivo, y como un observador privilegiado de dicha realidad, ya que vería dicha realidad tal como ésta es.*

Por el contrario, y para salvar aquel entrampamiento, se consideraron elementos teóricos, que permitieron no perder de vista, que el observador (investigador/a) era también parte integrante de lo que se observaba, y que todo conocimiento, es en consecuencia, una actividad autorreferencial, Maturana (2011).

Sobre los protagonistas de nuestra investigación, cabe destacar la facilidad para acceder a ellos, a los diálogos, y a sus espontáneas reflexiones, lo cual aportó una instancia valiosísima para poder recoger sus sentimientos, convicciones, temores y aprensiones, respecto del fenómeno en estudio.

Recalcar además, la postura crítica de los psicólogos entrevistados, frente a sus prácticas clínicas, permitiendo en todo momento, generar los discursos que enriquecieron con sus experiencias al conocimiento de esta investigación; no sólo la investigación respecto del fenómeno de la deserción terapéutica, sino elementos relevantes en cuanto a la formación y expectativas del ámbito terapéuticos que se espera profundizar en un trabajo futuro.

Dentro del siguiente apartado se tratará todo aquello que tiene que ver con la imagen de sí mismo del terapeuta -dentro del proceso-, y la dinámica de la relación que se establece a partir de las intervenciones y retroalimentaciones que se realizan dentro del contexto de la psicoterapia. Y, que desde la visión del psicoterapeuta son una aproximación al fenómeno investigado.

***i. Experiencia ante la deserción de los pacientes.***

Cuando se habla de deserción, debe hacerse desde un lugar común. En efecto dicha experiencia es transversal a todos los psicólogos entrevistados.

Es importante detenernos en estas experiencias, durante este proceso de aprendizaje de los psicólogos principiantes, ya que los efectos de la natural ansiedad y eventual cuestionamiento interno muchas veces impidieron poner en práctica lo aprendido por años, limitando su espontaneidad y actividad en las sesiones, y fomentando así cierta desconexión entre el novato y el paciente: enfocado el primero en su propio desempeño, y reduciendo su capacidad de empatizar con el otro, y que en palabras de Herrera (2007), constituye efectivamente un error de “*falta de espontaneidad y rigidez*”, en los novatos.

Naturalmente, las cuotas de responsabilidades y presiones por una evaluación satisfactoria pueden contextualizar el hecho de que los terapeutas tengan en cuenta más a los pacientes que se quedan, que a los que se desertan.

Por otra parte, los/las propios practicantes, no comparten ni divulgaban los detalles de sus experiencias sobre sus deserciones, ya sea por las repercusiones de estas deserciones, en su “historial” o “prestigio” al momento de gestionar sus propias redes de apoyo profesional.

## **ii. *Formación académica del psicólogo novato.***

A este respecto, hubo notorio consenso en el discurso de los terapeutas inexpertos, sobre ciertas debilidades y fortalezas en la formación de pregrado, y contenidos relativos a la “deserción terapéutica”.

En lo que respecta a las *debilidades*, y haciendo hincapié en que no sería una falencia exclusiva de la formación de pregrado del psicólogo clínico de la UAHC, sino de carácter transversal en distintas universidades, a juicio de

los terapeutas entrevistados, existe una necesidad de formación teórica, y **especialmente práctica más contundente**, en relación al fenómeno que se estudia, sin desconocer que el proceso de formación debe ser continuo en el tiempo.

Debilidades “*teóricas*”, no en el sentido que las cátedras no hayan abarcado lo suficiente para tener un acervo adecuado a 5 años de carrera, sino que los psicólogos en formación advierten que el fenómeno de la deserción terapéutica, podría ser abordado como **contenido** –y quizás con ejercicios prácticos- en una ***Pasantía sobre Psicoterapia***, que recoja las variables, roles y tensiones que emergen en el este ámbito paciente-terapeuta.

Sobre lo puntualmente *Práctico*, la opinión unánime de los entrevistados, se traduce en observaciones tales como: **i)** iniciar la supervisión terapéutica en sala espejo, o al menos presenciar la de cursos superiores, en un segundo o tercer año de carrera; **ii)** Y por otro lado, aprovechar en beneficio de la formación de la Escuela de Psicología, como una modalidad de extensión de la misma, los recursos de infraestructura existentes en el Caps.

Al respecto, surge para la mayoría de los practicantes, el recuerdo de la Sala Espejo habilitada el año 2012 en el Caps, que posteriormente desapareció, sin mediar explicación. Lo cual lleva a preguntarse si la Gestión de Recursos Físicos o Infraestructura y Comunicación de quienes administran el Centro de Atención Psicológica de la UAHC, contempla las necesidades de formación del Psicólogo en práctica del Caps.

En relación con las *fortalezas* que los psicólogos en práctica del Caps, ven en su formación académica, están conformadas principalmente por las **Supervisiones a cargo de profesores guías de práctica**, las cuales son percibidas unánimemente como un ***espacio esencial en la formación***. En este sentido, son valorados elementos tales como las discusiones, aportes

epistemológicos, y de experiencia que transmite el profesor guía; como también *la flexibilidad de éste para dejar actuar y guiar al mismo tiempo* (Profesor Juan José Soca, Supervisión Psicoanálisis).

Adicionalmente, en las mismas Supervisiones se valora el énfasis “*en el sentido de las intervenciones*” (Profesoras S. Aronsohn; C. Bienzobas; supervisiones Posracionalismo, Caps, 2013); es decir, “*el para qué de las acciones terapéuticas*”.

De igual modo, las **Reuniones Clínicas semanales**, (de cada lunes con la asistencia de todos los psicólogos/as practicantes, de continuidad y profesores guías de práctica), fue valorada como una de las instancias más enriquecedoras de la práctica, sobre todo –concordaron los entrevistados y de acuerdo a conversaciones anexas e informales dentro de cada supervisión– porque durante el primer semestre del año 2013, dicha instancia *contemplaba la exposición y análisis previo de los casos que serían derivados* (a cada profesor guía y respectiva supervisión), *puediendo dar cuenta así del enorme aporte en las distintas miradas, enfoques y experiencias de los profesores/as guías*.

Finalmente, es evaluado también como un elemento positivo, el compartir con los/las compañeros de práctica sus experiencias y temores, que los hizo conscientes de lo que les ocurría como terapeutas, lo cual servía además para apaciguar de alguna forma los altos grados de tensión, al comprobar que el fenómeno de deserción, era común a la generalidad de los psicólogos en práctica.

***iii. Significado personal de los psicólogos ante la deserción terapéutica***”.

Cabe señalar que en el transcurso de las entrevistas, los discursos y emociones fueron decantando en reflexiones que dieron lugar al significado personal que para cada psicólogo tuvo el fenómeno en el transcurso de su práctica profesional.

De este modo, evidenciaron cada uno a su modo, y en sus palabras lo que fluye evidente en tanto la deserción terapéutica es sinónimo -para la totalidad de los entrevistados- de un proceso “inconcluso”, en el cual emergen sentimientos de abandono o incertidumbre.

Adicionalmente, la preocupación por una evaluación final satisfactoria, determinó la energía y dedicación que cada psicólogo/a en formación puso en su desempeño en el comienzo y hasta avanzada dicha práctica laboral; restándole muchas veces energía y reflexión al verdadero espacio terapéutico “paciente-terapeuta”, razón por la cual no es casual, que en el espacio reflexivo de la entrevista, la mayoría asumiera parte de la responsabilidad de esa deserción.

Se le dio asimismo, un lugar preponderante a la **autodeterminación del paciente**, cuando en ocasiones éste pudo haber sentido que su “*motivo de consulta*” había sido ya resuelto, sin advertirlo el terapeuta, o, por otro lado, *no se había producido aquél vínculo terapéutico* necesario, para que el paciente se sintiera escuchado, comprendido y acogido.

Tras esa reflexión, la mayoría de los psicólogos le otorga a esta deserción terapéutica la calidad de una experiencia ineludible, necesaria en tanto será la única forma de hacerlo reflexionar y pensar sobre su quehacer.

#### **b. Reflexiones finales**

Como se señaló anteriormente, se estima que la presente investigación ha posibilitado canales de comunicación y reflexión en torno a la experiencia

del psicólogo que realiza su práctica profesional en el Centro de Atención Psicológica de la UAHC durante el año 2013, particularmente, respecto de la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.

De lo expuesto –experiencias y significaciones de los terapeutas entrevistados- queda de manifiesto que el terapeuta no puede pretender ser, ni es el único implicado en las decisiones o movimientos en el proceso terapéutico, y que justamente, omitir o renegar dicha situación limita las posibilidades de comprender y acceder a las complejidades del fenómeno.

En efecto, aún cuando las razonables carencias de experiencia y conocimiento, propios del pregrado, son esperables, éstas también se ponen en juego –para el psicólogo en formación- como elementos que pueden obstruir su posicionamiento, pudiendo repercutir incluso en el futuro laboral, sustentado en el “prestigio” o “desempeño” que haya mostrado el psicólogo en formación.

Del mismo modo, que suscitada una deserción terapéutica -sea cual fuere el momento en que se encuentre el/la psicólogo/ga- debe seguirle a continuación un proceso reflexivo, más allá del quehacer profesional. De este modo, el cometer errores –en dicho contexto- es ineludible, pero también debe serlo el aprender de los eventuales errores cometidos.

Aquello que permita fluir el ser y el quehacer de la persona que escucha a sus pacientes, para llegar a la comprensión de lo que sucede frente a él: antes, durante la terapia, y en una eventual deserción.

Por el contrario, si la deserción es un fenómeno que tiende a ocultarse, a dejarse fuera de los espacios académicos (en formación o experimentados), es un gesto de continuidad de un paradigma que sitúa al psicólogo en un lugar de poder saber que no investiga el resultado y profundidad de sus actos.

De lo dicho anteriormente, sobre lo significativo del fenómeno de deserción terapéutica, naturalmente no se pretende acabar la discusión, ya que dependiendo de la mirada con la cual se aborde, las reflexiones pueden ser diversas e ir generando nuevas discusiones y puntos de vistas.

Sin embargo, si el contexto es la formación de pregrado, donde se realizó la presente investigación, el escenario puede ser aún más problemático. Así, en concordancia con lo anterior, resultados y discusión emergente de esta investigación, resulta pertinente sugerir, en la formación de pregrado de psicólogos y terapeutas, contenidos que digan relación con el fenómeno de deserción terapéutica.

No puede sino, ante el escenario descrito, ser contemplada en la formación de pregrado de los psicólogos clínicos, la deserción terapéutica. No para convertirla –como se dijo anteriormente- en el eje central de la carrera, sino para que dicha formación, aporte al quehacer clínico, y por ende, a la construcción del estilo terapéutico, de modo tal que facilite la reflexión, tanto respecto del paciente que se queda, como del que toma la decisión de dejar la terapia.

Asimismo y para finalizar, es preciso señalar que el proceso de investigación que concluye, si bien estuvo centrado y enfocado desde un inicio en la mirada de esta primera persona que vive la experiencia de deserción de sus pacientes: el psicólogo en práctica del Caps; no buscó ni pretendió agotar el tema propuesto.

Por el contrario, un aspecto de la relevancia que tiene el ámbito terapéutico para el ejercicio clínico, no puede quedar cerrado ni zanjado jamás. Debe dejarse siempre la posibilidad de abrir una nueva discusión o debate.

Surge asimismo e inevitablemente también, una reflexión del propio proceso formativo, que aunque podría discrepar de los resultados de la investigación, produjo una reflexión del trabajo terapéutico y propio desempeño, que sin duda tendrá otras repercusiones.

Por su parte, y de la revisión de elementos que pudieron quedar pendientes, o que de algún modo estuvieron ausentes en esta investigación, sin llegar a constituir una falencia, claramente podrían haber sumado en la búsqueda de significados. En este sentido, es muy posible que de haber complementado las entrevistas de los psicólogos en formación, con las de sus supervisores, **hubiera aportado una mirada experimentada sobre el quehacer de los psicólogos/as en formación desde sus supervisores**, y lo que estos han observado respecto de las ansias, expectativas, actitud y disposición respecto de elementos éticos, por mencionar algunos elementos que parecen relevantes.

Así pareciera legítimo el dejar formuladas diversas preguntas en relación al rol que sin duda juega el Psicólogo Supervisor en la formación de pregrado, preguntas que quedan instaladas para formar parte quizás de una investigación futura.



## VI. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Arciero, G. (2009), *Tras las huellas de Sí mismo*, 1ra. Ed. Buenos Aires: Amorrortu
- 2) Arciero, G. y Guidano, V. Experiencia, explicación y la búsqueda de la coherencia. Recuperado 05-05-2013 de: <http://www.inteco.cl/notas.php/1198944931>  
<http://www.inteco.cl/notas.php/1198944931>
- 3) Aristegui, R. (2000) Examen del constructivismo en psicoterapia. La crítica del cognitivismo post-racionalista a los fundamentos de correspondencia de la psicoterapia tradicional. Recuperado 15-06-2013 de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/101/10100710.pdf>
- 4) Bachler, R (2005). El problema de la conciencia. Recuperado el 12-05-2013 de <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/index.html>
- 5) Balbi, J. (1997). ¿Qué es una persona? Reflexiones acerca del dominio de la psicología desde una perspectiva ontológica y posracionalista. Recuperado el 04-06-2013 de [http://posracionalismo.cl/wp-content/uploads/2010/03/que\\_es\\_una\\_persona.pdf](http://posracionalismo.cl/wp-content/uploads/2010/03/que_es_una_persona.pdf)  
[http://posracionalismo.cl/wp-content/uploads/2010/03/que\\_es\\_una\\_persona.pdf](http://posracionalismo.cl/wp-content/uploads/2010/03/que_es_una_persona.pdf)
- 6) Boetsch ME, Riumalló P. *“Impacto de la Instrumentalización en la Deserción de Pacientes en el Marco de una Investigación Empírica de Entrenamiento en Psicoterapia Dinámica.”* Santiago. Trabajo presentado en el 2º Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia (SPR), 1994.
- 7) Candarle, J.; Alvarez, G.; y Vieyra, M. (2012), Congreso APBA *“El terapeuta inicial, Ética, Entrenamiento y Supervisión, desde un abordaje de integración cognitiva”*. Recuperado de internet: 19 de junio de 2013.
- 8) De la P., Guillermo; V. Claudia; & Isla R. (2001). *“Enseñanzas de la aplicación de un manual de psicoterapia dinámica para entrenar terapeutas*

*inexpertos en un consultorio externo: resultados finales*". *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 121-131. Recuperado en 10 de julio de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272001000200004&lng=es&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000200004&lng=es&tlng=e). 10.4067/S0717-92272001000200004.

9) Foladori, H. (2009). Temores Iniciales de los Estudiantes de Psicología ante el Inicio de la Práctica de la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 27(2), 161-168. Recuperado en 10 de julio de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200002&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-48082009000200002.

10) García, P.E. (2009) El nudo del mundo. Subjetividad y ontología de la primera persona. Rescatado el 01 de Junio de 2013, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S169288572009000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S169288572009000100007&script=sci_arttext)[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S169288572009000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S169288572009000100007&script=sci_arttext)

11) Herrera, P. et al . Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. **Ter Psicol**, Santiago, v. 27, n. 2, dic. 2009.

Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200003&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 17 dic. 2013. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>.

12) Herrera, P & Araya, C. (2007). *Errores comunes de terapeutas novatos*. Tesis (Magíster en Psicología Clínica). Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

13) Magaña P. y Torres C. (2012). Tesis sobre "La deserción de pacientes del Centro Atención Psicológica (CAPS), desde un punto de vista en primera persona". Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Escuela de Psicología.

- 14) Maturana, H. (2011) “La Objetividad: un argumento para obligar”, Editorial Granica. Buenos Aires, Argentina.
- 15) Medina, M.; García, C.; Romero, A. (1999). La Psicología Como Profesión: Enfoques Actuales. 1999. Recuperado: 10-06-2013: [http://books.google.cl/books?id=VjsV5RsS5wkC&pg=PA230&lpg=PA230&dq=psicologo+principiante+pacientes&source=bl&ots=9AXowP20LP&sig=tb4uLZnJgSZV0gm6XuJhqmbfUvk&hl=es&sa=X&ei=zbvKUcjcEYK5igL-44CABg&ved=0CDwQ6AEwBw](http://books.google.cl/books?id=VjsV5RsS5wkC&pg=PA230&lpg=PA230&dq=psicologo+principiante+pacientes&source=bl&ots=9AXowP20LP&sig=tb4uLZnJgSZV0gm6XuJhqmbfUvk&hl=es&sa=X&ei=zbvKUcjcEYK5igL-44CABg&ved=0CDwQ6AEwBw#v=onepage&q=psicologo%20principiante%20pacientes&f=falsehttp://books.google.cl/books?id=VjsV5RsS5wkC&pg=PA230&lpg=PA230&dq=psicologo+principiante+pacientes&source=bl&ots=9AXowP20LP&sig=tb4uLZnJgSZV0gm6XuJhqmbfUvk&hl=es&sa=X&ei=zbvKUcjcEYK5igL-44CABg&ved=0CDwQ6AEwBw) -  
[v=onepage&q=psicologo%20principiante%20pacientes&f=false](http://books.google.cl/books?id=VjsV5RsS5wkC&pg=PA230&lpg=PA230&dq=psicologo+principiante+pacientes&source=bl&ots=9AXowP20LP&sig=tb4uLZnJgSZV0gm6XuJhqmbfUvk&hl=es&sa=X&ei=zbvKUcjcEYK5igL-44CABg&ved=0CDwQ6AEwBw)
- 16) Moncada y Kühne (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. En: Terapia Psicológica 2003, Vol.21, N° 2, 193-201. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Recuperado el 20-06-2013 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052370>
- 17) Quintana, T. (2012) Construcción de significados en un mundo relacional desde las posibilidades de cada persona; Tesis para optar al grado de doctorado en ciencias sociales, Ciudad de Temuco: Tilburg University.
- 18) Ruiz, A. Fundamentos teóricos del enfoque post-racionalista. Recuperado 03-07-2013 de [http://www.inteco.cl/articulos/001/texto\\_esp.htm](http://www.inteco.cl/articulos/001/texto_esp.htm)
- 19) Ruiz, A. (2002) Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia. Rescatado el 04-07-2013 de:  
[http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:SvPZE7nJRbQJ:scholar.google.com/+Los+aportes+de+Humberto+Maturana+a+la+psicoterapia+ruiz+&hl=es&lr=lang\\_es&as\\_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:SvPZE7nJRbQJ:scholar.google.com/+Los+aportes+de+Humberto+Maturana+a+la+psicoterapia+ruiz+&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5)

- 20) Saavedra E. (2005). Conocimiento y desarrollo emocional desde el enfoque cognitivo, procesal sistémico. Recuperado el 01-07-2013 desde <http://www.dialnet.unirioja.es>.
- 21) Sánchez, R. “*La Deserción: Abordaje desde los psicoterapeutas*”, Jalisco, México, 2011. Recuperado de internet: 10 de junio de 2013.
- 22) Santibáñez Fernández, Patricia Macarena; Román Mella, María Francisca y Vinet, Eugenia V. **Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica.** *Interdisciplinaria* [online]. 2009, vol.26, n.2, pp. 267-287. ISSN 1668-7027. Revisado el 10 de diciembre de 2013.
- 23) Santibáñez Fernández, Patricia Macarena, Román Mella, María Francisca, Lucero Chenevard, Claudia, Espinoza García, Alejandra Elena, Iribarra Cáceres, Daniela Eugenia, & Müller Vergara, Pamela Alejandra. (2008). Inespecific Variables in Psychotherapy. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado en 22 de diciembre de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100008&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008&lng=es&tlng=en). 10.4067/S0718-48082008000100008.
- 24) Varela, F. Shear, J (2005) Metodologías en primera persona: Qué, por qué, cómo. Recuperado: 10-06-2013 de: <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/index.html>
- 25) Varela, F., Thompson, E. & Rosch, E. (1997). De cuerpo presente, las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Gedisa.
- 26) Velásquez, J. (2011). Una aproximación a la terapia cognitiva postracionalista desde Vittorio Guidano. Recuperado: 05-04-2013 <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/93agmutt>,
- 27) Zagmutt, A. (2008) Psicoterapia y Procesos Empáticos. Recuperado: 8-05-2013 de [dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=2682934...0](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2682934...0)

## CRONOGRAMA

| Componentes  | Actividades asociadas a cada componente | JUL. | AGOS.     | SEPT.                                   | OCT.            | NOV. | DIC.    |
|--|---|------|-----------|---|-----------------|------|---------|
| Entrega proyecto tesina                            |   | X    |           |   |                 |      |         |
| Coordinación recopilación información              | Autorización Caps UAHC                  |      | x         |   |                 |      |         |
|  | Autorización Escuela Psicología UAHC    |      | x         |   |                 |      |         |
| Seminarios Tesis                                   |   |      | x x x x X | x |                 |      | X       |
| Recopilación y Análisis de la información recogida | Coordinación entrevistas                |      | x         |   |                 |      |         |
|  | Realización entrevistas                 |      |           | x x x x x                               |                 |      |         |
|  | Análisis de las entrevistas             |      |           |   | x x x x x x x x |      |         |
|  | Conclusiones                            |      |           |   |                 |      | x x x X |

## 1) **Anexo 1. Modelo gui3n Entrevista:**

El cuadro corresponde a la manera en que el gui3n de entrevista fue dise1ado. Se definieron los t3picos de inter3s para la investigaci3n y posteriormente se construyeron preguntas que se relacionar3n con el t3pico a tratar.

Esto con el fin de no perder el horizonte de la investigaci3n y poder organizar la informaci3n de modo m3s hilado y riguroso.

A la luz de estos t3picos posteriormente se organizaron los discursos de los terapeutas entrevistados. As3 que a continuaci3n se muestra el modelo de gui3n de entrevista definitivo con el que se trabajo.

No sobra decir que anterior a este modelo, existieron otros modelos que se sometieron a pilotaje, del mismo modo que si se aplicara de nuevo, probablemente se seguir3a modificando, ya que es un instrumento en construcci3n.

### **Gui3n Entrevista.**

#### **1. Vocaci3n.**

- i. ¿Cu3ndo y por qu3 decidiste ser psic3logo/a?
- ii. ¿Qu3 experiencias fueron significativas para asumirte como psic3logo/a?
- iii. ¿Qu3 dicen las personas que tienes cerca del hecho de que seas psic3logo?
- iv. ¿Cu3les aptitudes crees son esenciales en el ejercicio de la cl3nica?
- v. ¿Cu3les reconocer3as como propias?

#### **2. El psic3logo y el “v3nculo terap3utico”.**

- i. ¿Qu3 es la psicoterapia?
- ii. ¿Qu3 hace que una persona permanezca en un proceso terap3utico?
- iii. ¿Cu3l es la diferencia entre v3nculo terap3utico y relaci3n terap3utica?

#### **3. Experiencia de “deserci3n de sus pacientes adultos”, para el terapeuta.**

- i. ¿Qu3 es la deserci3n terap3utica (enfocado en la voluntad del paciente)?
- ii. ¿Cu3ndo fue la primera vez que escuchaste hablar de deserci3n?
- iii. ¿Crees que haya un perfil de paciente desertor?

- iv. ¿Qué diferencia existe entre una persona que deserta al principio de un proceso y una que deserta en medio o avanzado el proceso?

**4. La formación académica sobre la deserción terapéutica de los pacientes.**

- i. ¿Has tenido alguna formación, instrucción, seminario, curso o pasantía sobre deserción?
- ii. ¿Cuáles son las herramientas que el psicólogo egresado tiene para afrontar la deserción?
- iii. ¿Cuáles son las herramientas de las que carece el psicólogo egresado para afrontar la deserción?
- iv. ¿Cree que la deserción tenga relación con falencias en la formación del psicólogo de la Academia?
- v. En el transcurso de su formación, y de lo que “ha escuchado de la deserción” (profesores, supervisores, compañeros, otros), qué te ha facilitado y/u obstaculizado entender el fenómeno?
- vi. ¿Cuáles son los vacíos que sientes que hay en tu formación sobre la deserción terapéutica?
- vii. ¿En qué espacios de formación se debería abordar el fenómeno de la deserción?
- viii. ¿Cuáles son las debilidades y fortalezas del espacio de Supervisión?

**5. Significado personal para los psicólogos en práctica sobre la deserción terapéutica de sus pacientes adultos.**

- i. ¿Cuáles son los pensamientos o emociones que te produce hablar de deserción terapéutica?
- ii. ¿Qué efecto crees que tiene para los psicoterapeutas en práctica profesional el hecho de que los pacientes deserten?
- iii. ¿Qué cree que se le cuestiona al psicólogo en práctica cuando deserta un paciente?
- iv. ¿Crees que aporta o resta: “la deserción” en la construcción de identidad de un psicólogo en formación?
- v. ¿Cómo has vivido –con un paciente en particular- que haya dejado de asistir? ¿Qué sensaciones te despertó?

- vi. ¿Conoces la experiencia de otros psicólogos en práctica profesional, cuyos pacientes hayan desertado?
- vii. ¿Qué características tienen los pacientes que han desertan contigo?
- viii. ¿Cuántos te han desertado?
- ix. ¿Con que aspectos de tu vida personal se cruza este fenómeno de la deserción?
- x. ¿Y cuál crees que es la importancia que tiene la deserción de los pacientes, en el contexto de la práctica profesional de un psicólogo?
- xi. Finalmente, hay algún comentario o reflexión que quisieras agregar?

## **Anexo 2: Carta de Consentimiento Informado:**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

*Por la presente señalo que la información originada en esta entrevista puede ser grabada, transcrita, analizada y compartida con terceros, y utilizada con fines académicos y resguardada bajo los rigores éticos y legales que implica el manejo de esta información.*

*Acepto participar dentro de la investigación de manera voluntaria. Se me ha informado previamente el sentido de la investigación y sus objetivos.*

*Firma*

---

*ENTREVISTADO*

### **3) Nómina psicólogos en práctica del Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Humanismo Cristiano, 2013.**

- a) *Francisco Muñoz Tobar*
- b) *David Bolados Astudillo*
- c) *Carolina Tobar Concha*
- d) *Gonzalo Concha Ramírez*
- e) *Pablo Ovalle Toledo*
- f) *Paula Raiman Quiroga*



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente señalo que la información originada en esta entrevista puede ser grabada, transcrita, analizada y compartida con terceros, y utilizada con fines académicos y resguardada bajo los rigores éticos y legales que implica el manejo de esta información.

Acepto participar dentro de la investigación de manera voluntaria. Se me ha informado previamente el sentido de la investigación y sus objetivos.

Santiago, Septiembre de 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'David Bolados', written over a horizontal line.

DAVID BOLADOS ASTUDILLO

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente señalo que la información originada en esta entrevista puede ser grabada, transcrita, analizada y compartida con terceros, y utilizada con fines académicos y resguardada bajo los rigores éticos y legales que implica el manejo de esta información.

Acepto participar dentro de la investigación de manera voluntaria. Se me ha informado previamente el sentido de la investigación y sus objetivos.

Santiago, Septiembre de 2013

Paulina Raiman

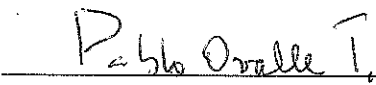
PAULINA RAIMAN QUIROGA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente señalo que la información originada en esta entrevista puede ser grabada, transcrita, analizada y compartida con terceros, y utilizada con fines académicos y resguardada bajo los rigores éticos y legales que implica el manejo de esta información.

Acepto participar dentro de la investigación de manera voluntaria. Se me ha informado previamente el sentido de la investigación y sus objetivos.

Santiago, Septiembre de 2013

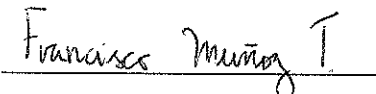
  
PABLO OVALLE TOLEDO

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente señalo que la información originada en esta entrevista puede ser grabada, transcrita, analizada y compartida con terceros, y utilizada con fines académicos y resguardada bajo los rigores éticos y legales que implica el manejo de esta información.

Acepto participar dentro de la investigación de manera voluntaria. Se me ha informado previamente el sentido de la investigación y sus objetivos.

Santiago, Septiembre de 2013

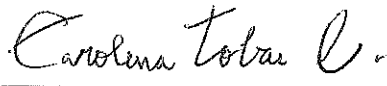
  
FRANCISCO MUÑOZ TOBAR

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente señalo que la información originada en esta entrevista puede ser grabada, transcrita, analizada y compartida con terceros, y utilizada con fines académicos y resguardada bajo los rigores éticos y legales que implica el manejo de esta información.

Acepto participar dentro de la investigación de manera voluntaria. Se me ha informado previamente el sentido de la investigación y sus objetivos.

Santiago, Septiembre de 2013



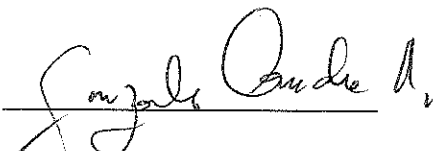
MARÍA CAROLINA TOBAR CONCHA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente señalo que la información originada en esta entrevista puede ser grabada, transcrita, analizada y compartida con terceros, y utilizada con fines académicos y resguardada bajo los rigores éticos y legales que implica el manejo de esta información.

Acepto participar dentro de la investigación de manera voluntaria. Se me ha informado previamente el sentido de la investigación y sus objetivos.

Santiago, Septiembre de 2013

  
GONZALO CONCHA RAMÍREZ

## Entrevista a David Bolados, 26 años.

David, como sabes, me interesa hacer esta entrevista porque mi tesis será en relación a la deserción rsión terapéutica de los pacientes adultos, y enfocada en lo que pasa con el psicólogo en práctica. Así, esto empieza primero queriendo saber inquietudes por psicología entonces me gustaría saber

### **1) E: cuándo y por qué decidiste estudiar psicología?**

Eh cuando como un año antes de que entrar a estudiar me surgió la inquietud porque conocí a varias personas que eran psicólogos y psicólogos me empezó a llamar mucho la atención lo que ellos hacían, y como ellos lo usaban para sus vidas yo creo, eso me llamó harto la atención y finalmente yo quería estudiar algo y no sabía muy bien qué y cuando tuve la cercanía con la gente con estos psicólogos ahí me dieron ganas y lo hice.

### **2) E: Y cuál es la relación que tiene la psicología con tu vida, entonces, después de eso??**

Yo creo que ha sido mucha, yo creo que todo lo que uno aplica en lo práctico con los pacientes, primero pasa por uno mismo y uno se vuelve como bien egocéntrico, porque cuando uno está atendiendo debe explicar aprendizajes que son referidos a las experiencias de uno mismo, entonces yo creo que sí tiene como mucha significancia mucha relación

### **3) E: Qué opinan las personas cercanas, tu pareja, tu familia sobre que hayas decidido estudiar psicología?**

En general las típicas tallas como la del psicólogo, los tipos tan rallados cosas como y eso pero nada más.

### **4) E: Qué aptitudes crees tú que son esenciales en el ejercicio de la psicología clínica**

Saber harto de lo teórico primero, y también bueno que la psicología clínica como que la base es lo teórico, también se aprende siendo, teniendo pura experiencias no sólo saber la parte teórica.

### **E: Pero hay algún elemento esencial que tú creas esencial para poder ejercer la psicología clínica?**

mmmm, yo creo que el elemento que no puede faltar, más que las cosas personales de cada uno, yo creo que es el hecho de ver que el mundo es más que uno mismo, yo creo que eso.

### **5) E: Y sobre esas aptitudes cuales crees que son parte de las tuyas, de esas que tú dices que son esenciales.**

Bueno ver que uno es más que yo mismo.

No de una manera que uno se postergue, sino que estando parado donde uno mismo y viendo al resto digamos. Y tampoco gira en torno al otro sino que, yo creo que es importante tener bien claro eso.

**6) E: Qué es para ti psicoterapia?**

Eh bueno la psicoterapia es como poder reformular, o sea como terapeuta es traer nuestra pega en el fondo lo que vamos hacer, y eso consiste en tener apego a los pacientes o ayudarlos, a ver algo que no están viendo, es un aprendizaje para el paciente eso es: aprendizaje (ayudar al paciente con su aprendizaje).

**E: Tú le proporcionas un aprendizaje**

O sea el trabajo es que él aprenda. No que uno le enseñe así como “educativamente” hablando, sino que el trabajo que le da al paciente aprender, y desaprender también.

**7) E: Qué crees tú que hace que una persona permanezca en una psicoterapia entonces?**

Mira ahí si que yo creo que son muchos factores. O sea, hay factores personales de los pacientes, y también hay factores relacionados que se producen en la relación del terapeuta y el paciente. Ahí yo creo que súper importante analizar esa situación. A lo mejor iba dejar de venir con quien sea, a lo mejor nunca tuvo intenciones de venir, y algo en ti o en la relación terapéutica hizo que viniera. O venía con ganas, y algo hizo que después ya no le dieran más ganas. Entonces yo creo que hay muchas combinaciones posibles.

**8) E: Qué es para ti el vínculo terapéutico y la relación terapéutica, son iguales?**

No sé, mira porque la relación terapéutica es puede haber una relación sin haber un vínculo. Creo que la relación terapéutica puede decidirse por sí, es buena o es mala si existe, o no existe y creo que el vínculo terapéutico es ya es más cualitativo.

**E: Ya, cómo así?**

Cualitativo: me refiero a que puede ser un vínculo por ejemplo, que uno que sea, ...por decirlo de una manera que sea acogedor, y que a la persona le importe, o puede ser más maternal, o más paternal o más a eso me refiero. En cambio la relación es como de añadidura pero el vínculo terapéutico no es.

**9) E: Que es la deserción terapéutica??**

Terminar el proceso terapéutico de una manera inesperada.

**10) E: Cuándo fue la primera vez que escuchaste hablar de deserción?**

En el contexto de la psicología.



**11) E: Si y cómo fue eso? qué es lo que recuerdas de lo primero que te enteraste de la deserción?**

Bueno que era algo que siempre pasaba, y que pasa más de lo que yo pensaba. Pasa mucho más, pero que te enseña lo que cuando uno le enseñan en los cursos que los pacientes que desertan uno piensa que es la minoría.

Como los comentarios que te hacen los profesores, los pacientes desertan en la práctica me he dado cuenta que desertan una gran cantidad.

**E: O sea pasa más a menudo de lo que tú suponías**

Claro, y es mucho menos terrible de lo que yo suponía.

**E: Cuando puede considerarse hablar de deserción y cuando no sería deserción?**

Bueno deserción es cuando es inesperado yo creo, algo que uno simplemente el paciente no vino nunca más, y nunca más supiste de él, o si puedes saber de él pero que no te da un motivo. Así como que uno pueda hipotetizar, en el fondo claramente de por qué ya no siguió viniendo. Sino, que te dicen “no es que no tengo más plata” o algo así como no es que me cambie de ciudad. Bueno ya eso es una deserción, puede ser por motivo económico o por motivos muy personales emocionales, prácticos, en el fondo tú vas teniendo deserciones..., en realidad sintetizando todo esto es como término que no es de mutuo acuerdo.

**12) E: Tú crees que hay un perfil de paciente desertor?**

Mira antes no, pero ahora sí de repente llega un paciente y como que a veces pienso que va a venir dos veces, y no va a venir más.

**E: Y qué es lo que te llama la atención de ahí, que podrías decir si es que podría ser el perfil que es lo que descubres ahí tu?**

Mira, por ejemplo cuando te dicen que han ido muchas veces a terapia, es una de las pistas que hay. Altiro cuando te dicen “no, mira, yo he estado en tratamiento muchas veces...”. O, sino cuando vienen porque no existe un problema de ellos sino porque vienen “porque me mandó mi mamá” o “porque en mi familia me dijeron que tenía que venir”, cosas así también. Esas son las principales cosas que me hacen sospechar o pensar en un perfil. Y también hay otras que uno no piensa, y no vienen más, también hay unos que uno dice: “creo que esta persona va a seguir viniendo” y no vienen más.

**E: O sea entonces es inesperado no podría pensar en un perfil**

Claro, no necesariamente.

**13) E: Qué diferencia crees tú hay en una persona que deserta al principio y otra que deserta en el medio, o avanzada la terapia?**

Yo creo que no sé, la verdad que ahí no sé, pienso que tal vez es parte del trabajo que hace uno a lo mejor deserta por algún de tema relacional con el terapeuta puede ser lo que produjo deserción antes. La segunda vez o en la vez número ocho a lo mejor, el paciente igual va desertar en la segunda vez o en la vez diez

**E: O sea que tu estas diciendo que no pasaría por lo que haga el terapeuta si no por lo que tenga planificado el paciente?**

No, no, si no que por ejemplo, no pero no quise decir eso, a lo mejor no expliqué claramente. Por ejemplo si al paciente le molesta algo, o se siente incómodo por algo en particular, si uno hace algo que lo hace sentir incómodo en la sesión dos, o en la sesión ocho, obvio que se iría en las dos, o se iría en la ocho, no se repite ningún factor.

**E: Cuán cómodo se puede sentir entonces con el terapeuta?**

Claro. Si... supongamos que uno dijo algo que a lo mejor uno quizás no esperaba escuchar el paciente, o algo así y se deserta por eso, yo creo que puede ser el no sé...

O sea nos vamos a referir de que deserta al principio o al final va a depender de cuán cómodo se sienta independiente de la intención del terapeuta.

Sí, hay un factor muy importante.

**14) E: Tú has tenido alguna formación, instrucción seminario, curso pasantía donde se hubiera profundizado acerca de la deserción.**

No.

**15) E: Cuáles son las herramientas que el psicólogo tiene al egresar para enfrentar la deserción?**

Yo creo que la experiencia que uno tiene en este año de práctica.

**E: Y que posterior al egreso?**

No, no yo creo que se da como algo que va a pasar no más, pero no se le toma el peso. Siempre te enseñan qué hacer cuando los pacientes están en terapia pero no te enseñan qué hacer ... **porque claro puede sonar un poco como ilógico, enseñar qué hay que hacer cuando un paciente se va.** Pero en el fondo, el trabajo es para uno. Creo que en las supervisiones, en el trabajo acá de clínica, si nos enseñaron que nos tenía que importar, pensar que uno pudo haber hecho malo pero no más allá que eso.

**E: No previamente?**

Claro.

**16) E: De lo que has escuchado respecto de la deserción que crees que te ha facilitado o ha obstaculizado entender la deserción?**

Lo que me ha ayudado para entenderlo mejor fue lo que nos decía nuestra profesora (Aronsohn), que era en el fondo siempre que hay grado de responsabilidad en la deserción en uno. O sea, en que pueda haber hecho diferente? qué puedo cambiar para un futuro? Yo creo que eso. De todo uno aprende. Por ejemplo, si uno le cambia una hora al paciente y no viene, pucha uno dice la próxima vez voy a probar no cambiándole la hora. O si uno es inflexible, y no viene, la próxima vez voy a ser un poquito menos inflexible, a ver qué pasa.

Y después, la experiencia te va diciendo da lo mismo: si eres flexible, o inflexible, los pacientes que no van a venir, al fin y al cabo, uno puede decir. Si uno fuera un poquito más flexible quizás los pacientes, es una cosa que uno va haciendo con la experiencia.

**17) E: En qué pasos de formación crees tú que debería abordarse el tema de la deserción?**

En las pasantías yo creo. Sí, porque teóricamente hablando qué pueden decir: saben que los pacientes no vienen más porque no vienen más no más. Pero en el fondo que el paciente no venga más, uno ya no puede hacer nada por él. El tema es qué pasa con el terapeuta? Eso debería ser en la práctica, o en las pasantías quizás, porque está claro que ya si el paciente no viene, y no contesta el teléfono no sabemos más de él, es un serio problema.

**18) E: Y cuales son las debilidades y fortalezas que tu ves en el espacio de supervisión?**

Las debilidades son que es muy corto el tiempo. Que ojalá pudiera ser más tiempo, o más personalizada. No individuales, pero sí un poco más tiempo, o menos personas. Y la fortaleza, es que al final todos podemos y tenemos para plantear nuestras dudas, o hablar de nuestros casos. Es lo único que hay, partiendo por ahí es bueno.

**19) E: Qué efecto tiene para los terapeutas en la práctica el hecho de que los pacientes deserten?**

Yo creo que eso depende del terapeuta porque algunos pueden no estar ni ahí. Otros pueden decir “pucha que he tenido mala suerte, que los pacientes faltan”. Otros pueden decir: “qué habré hecho mal? Otros pueden decir: “bacán -que no venga- que este paciente me caía mal, qué bueno que no va a venir más”. Otros pueden decir “pucha, qué pena, me había caído bien este paciente”.

Depende de cada persona, yo creo que hay un tema, pero no es la manera teórica de abordarla, porque no es que a uno le pase a, b, o c. Probablemente el terapeuta que siente que el paciente era difícil, o, tiene su honorario difícil, o, que es así.

**E: No es mejor ni peor decís tú?**

Claro, depende de cada uno como lo toma.

**20) E: Bueno a mí me ha quedado claro que de acuerdo a las preguntas que te he ido haciendo que todo es relativo, cierto? pero a ti que te pasa cuando un paciente deserta y no viene más y no te llama más?**

Busco un poco la responsabilidad que yo pude haber tenido en eso. O sea, los pacientes que nunca vinieron no. Pero los que vinieron dos veces, o aunque sea tres veces, lo mínimo de veces que ha venido un paciente, y ha desertado: son dos veces. Después, he tenido algunos que han venido como tres o cuatro -sesiones- y han desertado. Entonces yo siempre pienso: pude haber hecho que se enganchara más en la terapia?: quizás. Claro, me pongo a pensar qué podría haber pasado, qué -falta- podría haber cometido yo, o no cometido.

**E: Pero sientes que has aprendido de ese proceso?**

Si de todas maneras, lo que te decía al principio. Si uno es inflexible... cuando es uno de los primeros pacientes generalmente uno viene super “como con el libro bajo el brazo”; así como lo que te han enseñado. Pero cada paciente te va enseñando a pararte en algún lado. Pero eso, **es lo que te va construyendo a ti como psicólogo clínico a ti también junto con el estudio, es la experiencia.**

**21) E: Qué crees que se cuestiona un terapeuta cuando desertan los pacientes?**

Depende del paciente. Del terapeuta algunos dirán “esta vieja...” “Se supone”, “era obvio que no iba venir más...” “se veía desinteresada desde el minuto uno”. Y otros dirán qué pude haber hecho... para que esta señora se interesara? Haberle interesado aunque sea mínimamente”. Entonces, hay algunos que son más críticos con uno, y eso va en la manera de ser de cada terapeuta consigo mismo. Siempre. Y eso, lo van atribuir algún grado de responsabilidad de deserción a los pacientes entonces depende mucho de cada persona.

**22) E: Crees que la deserción suma o resta en la identidad o construcción de un terapeuta?**

Yo creo que dice algo igual. También yo he podido ver que hay factores. Me han fallado pacientes, y simplemente algunos ni los conocí, porque no vinieron nunca, entonces yo entro a pensar: “bueno ta bien que uno sea crítico, pero hay deserciones que si nunca me conoció, no puedo ser culpable”, “no puedo sentirme así. Pero sí puede (complicar tu identidad), si es una persona (terapeuta) al que todos los pacientes le desertan, que todos los pacientes vienen dos o tres veces y no vuelven más: algo dice también eso.

Un terapeuta al que ningún paciente deserta, y todos siguen procesos largos también dice algo. Y si alguien se preocupa de la deserción de los pacientes, o no se preocupa de la deserción también dice algo, todo dice algo.

**23) E: Recuerdas algún caso en especial que te haya producido: el primero, el último, el del medio, hay alguno que te haya, no sé...?**

Si el primero me dio rabia. Porque era un adolescente, y a él y lo vi como tres veces. Y yo notaba, pudo haber habido unos espacios que él no tenía..., como que se produjo, un cierto vínculo según yo. O se estaba produciendo, y bueno la mamá decidió que no viniera más porque no le servía de nada.

**E: Ah pero ahí decidió la mamá?**

Si

**E: Él no tuvo ninguna voluntad para decidir de nada?**

Nunca lo supe. Porque puede que la mamá le haya preguntado, o le haya dicho, o reafirmado: no te sirve de nada. No es cierto? y conociendo cómo era esa relación, el hijo puede que no haya tenido palabras (para rebatirle).

**E: Qué edad tenía él?**

16 años pero tenía un problema bien heavy, así como que estaba .....

**E: Y de algún adulto o adulta que haya desertado?**

Uno me recuerdo que empezó, me recuerdo que vino como tres veces, y super bien. El problema que él traía, se abordó en el minuto uno, y finalmente dejó de ser un problema como en la tercera sesión, y él dejó de venir después.

**E: Es decir tenía un nuevo punto de vista?**

Eh... Entonces yo, lo que siempre yo pensaba: el paciente que viene tres veces y ya. Cuando uno siempre piensa que va a seguir al menos un par de meses. No sé sobretodo acá en la práctica. Entonces mi intención es como siempre, seguir con él por otros motivos, otros problemas que empezamos a tratar. Pero el problema que él traía finalmente, yo siento, no sé: que si ha sido resuelto. Pero fue visto desde otro punto de vista, y con lo cual este paciente se alivió.

**E: Dejó de ser un problema?**

Claro y no vino más. Ni yo fui capaz de decirle por ejemplo en ese momento, bueno hemos solucionado, ya que hemos resuelto, ya no es un problema. Quizás te parece si lo dejamos hasta acá? Ni él tampoco me dijo, ya sabes que estamos listo pero eso fue que yo después me quedé pensando.

**E: Aparentemente se dio el alta solo, pero tampoco lo supiste?**

Ni yo tampoco, en el fondo él venía por algo super puntual y yo vi más cosas que yo pensaba que íbamos a seguir trabajando pero esas cosas las vi yo no él, porque para él el problema era ese y al parecer ya había dejado de ser un problema

**E: Y a ti te dio un poco de lata porque se fue porque no te dijo, desilusión?**

De primera sí, pero después fue más lata porque yo no haber podido decir: “mira ya ok, (si quieres lo dejamos hasta aquí).

**E: Haber hecho un cierre de ciclo?**

Claro, porque las últimas sesiones ya no hablamos nada. Empezábamos hablar de otras cosas. De su relación con los familiares entonces como que ya...

**E: Como que no se cerró nunca el tema?**

Claro. Pero no quedó como saldado el tema, no. Quedó así como “el cierre del tema” pero en el fondo ya no era tema. Ni para él, ni para mí. Quizás debería en ese momento, pero entonces eso no lo hubiera sabido, si no me hubiera pasado, y lo otro que acá en la práctica igual uno está como tiene una especie... de no sé ... si es de temor. O es de como que los pacientes uno tiene que durar, uno también siendo exigente (que si el paciente no viene, más no viene más) pero te están evaluando.

**E: Hay otros elementos que se evalúan de como estás rindiendo en tu práctica?**

Claro. Porque en el fondo para los pacientes somos terapeutas. No está la diferencia de tu desempeño, pero aquí nosotros sabemos que no somos psicólogos. Estamos formándonos. Por algo estamos haciendo práctica, se pone en juego nuestras notas nuestras evaluaciones nosotros también.

**E: Y tú crees que eso le quita un poco de protagonismo al paciente? La atención que tenemos respecto del desempeño, aparte del tiempo uno le dedica mucho tiempo a la tesis a los trabajos de repente?**

No mira yo creo que no, porque en el fondo igual uno trabaja como con el protagonismo de ellos también. A lo mejor, uno internamente puede decir chuta y en el fondo ellos son los protagonistas, bueno así yo trato que sea.

**24) E: Conoces la experiencia de otros compañeros practicantes que hayan desertado sus pacientes, que crees que se hayan afectado?**

Yo creo que sí, pero tampoco ellos lo dicen, por este mismo temor a ser juzgados a quedar como malos psicólogos, pero yo creo que en el fondo sí.

**E: Tu dirías que mayoritariamente, o a casi todos les puede afectar? O que son menos los que se ven afectados?**

No creo que en una etapa así de formación como la que tenemos ahora, yo creo que no mucho.

**25) E: Crees que los pacientes que han desertado tienen una característica especial?**

respuesta en la número 12

**26) E: Y cuántos pacientes han desertado, tienes idea más o menos?**

Como cinco más o menos.

**27) E: Con qué aspecto de tu vida personal relacionas la emoción, o la sensación de la deserción acá ?**

Con que voy hacer mal evaluado, como que lo hice mal, es de que yo soy más crítico conmigo mismo.

**E: O sea con la auto exigencia?**

En el fondo ahí me queda algo que aprender a mí también

**E: A relajarte quizás, a no exigirte tanto?**

Que a pesar de que yo sé que los pacientes que no vienen más, o qué sé yo, qué más pude haber hecho...

**28) E:Cuál es la importancia que tiene la deserción en los pacientes en el contexto de la práctica, pero ya me la has contestado, porque hemos hablado de la evaluación de la formación hay un proceso de aprendizaje también tiene una huella ... Pero como conclusión para ti la tiene?**

Claro. Porque desde que entramos al primer año de psicología es puro aprendizaje. Pero este es un proceso como de aprendizaje, pero práctico. Que es el fin también. No es cualitativo, no es como aprobar o no aprobar. Acá es una cuestión muy cualitativa, que es diferente a otra 5 años o 4 años de carrera.

**E: Tú crees que uno se puede deprimir? por qué?**

Yo creo que sí porque algo le pasa a él con eso. Más allá ... de que se la va un paciente, es porque, o realmente hay un tema que tiene que verse. , porque no te podi deprimir porque se van los pacientes. Se puede afectar, es natural, sí, darte lata puede uno pensar qué pude haber hecho mal? Pero así como para deprimirse? Yo creo que es porque hay algo que hay que verse así como...

**E: Si no le pasa nada con la deserción, si no hay un análisis...?**

Todo culpa de los pacientes? Yo creo que también tiene que ver, pero ahí esa persona no se da cuenta. Porque "nooo, si no vino porque ella me dijo que no va a venir que no tenía plata" y cosas así? Yo creo que ya también no se dan cuenta realmente que puede haber una implicancia (responsabilidad en la deserción).

**29) E: Algo que quieres decir sobre este proceso de la deserción?**

Es todo un tema porque a uno le enseñan lo que hay que hacer vienen los pacientes pensando en el paciente y también nos enseñan como terapeuta pero siempre igual hay algo uno siente que va por buen camino y no viene más, primero es pensar que pude haber hecho mejor y lo otro es ver que hace uno con eso, es una pega igual y de repente se puede aprender.



**Entrevistado: Gonzalo Concha, 38 años.**

**Gonzalo, como te había adelantado, me interesa hacer esta entrevista porque mi tesis es en relación a la deserción terapéutica de los pacientes adultos. Pero enfocada en lo que pasa con el psicólogo en práctica.**

**La pregunta para partir es entonces:**

**1) E: ¿cuánto y por qué decidiste ser psicólogo?**

P: Fue porque siempre quise, cuando yo estaba en 4º medio, una de las cosas que quería estudiar era psicología, no pude estudiar. Primero estaba estudiando en la universidad y mis papás no podían pagar, entonces estudié teatro porque me gané una beca para estudiar teatro, y ahí me enamoré del teatro. Después, ya dejé de estudiar teatro en la vida, y cuando mi papá me contó que tenía una beca Valech que era una beca que servía para estudiar, me decidí a estudiar psicología. Era media beca, o sea en el fondo tenía que pagar la mitad del arancel, y decidí estudiar psicología. Porque dije ya! ahora puedo, y hay una ayuda. Por eso, ahora eso es como la parte técnica, pero la verdad es que siempre me gustó la idea de ser psicólogo.

**2) E: Entiendo. Y qué hizo que te inclinaras por la psicología.**

A mi, yo creo que mi experiencia social principalmente, cuando era más joven estaba trabajando en la iglesia. Trabajé como 12 años en la iglesia estaba y ahí con todos los grupos, animaba todos los grupos de comunión de confirmación, llegué a ser asesor de la zona sur y de la pastoral femenina.

Ahí me retiré y empecé a ser más teatro, y también estaba con otras interpretaciones de Dios de lo místico ,y como que se me rompió un poquito la estructura católica, o la idea que hay sobre la religión, sobre Dios, sobre la vida. Como que yo evolucioné un poco siento yo, y como que salí para poder conocer otras cosas. Y así, siento que ocupé muchas veces como el lugar de escucha; el lugar de animador; que se parece un poco. Y así que eso, quise ser psicólogo. Entonces yo dije, ya esto es algo como que sé, me gusta y lo voy a poner en práctica de una manera era más formal.

Por otro lado, mi experiencia en la iglesia, mi experiencia política también, el trabajo que hice comunitario a nivel de teatro y a nivel políticos con derechos humanos.

Me acuerdo que estaba en una población en la Bandera trabajando con teatro con mujeres que habían sido víctimas de violencia entonces era un taller bien terapéutico tenía esos argumentos yo creo que puntualmente fue lo más cercano lo que más se podría parecer. Además, con un papá que se cree psicólogo (risas). Tú le cuentas algo y te lo arregla...

### **3) E: Qué dicen las personas que tienes cerca de que seas psicólogo, por ejemplo tu familia, qué opinan tus papás?**

Mi papá al principio no quería. El quería que yo estudiara algo como más rápido y psicología le parecía muy largo. Ahora está feliz. Porque mi hermano por ejemplo, es profesional es un ingeniero, y ahora está sacando la civil. Mi hermano mayor también está en proceso de estudios, su otro hijo también está estudiando.

Los demás, no, yo cacho que me dicen cosas, así como que bueno, a la gente le gusta la idea de la psicología, porque tienen la idea de que tú como que vas a entender más algunas cosa. Yo, bien sorprendido con el proceso porque ha sido rápido, yo le digo, ha pasado rápido lo de ser estudiante por lo menos. Ha pasado rápido, yo no los pesco tanto tampoco, lo demás seguir adelante, pero como la psicología es bastante amplia, la pregunta es ¿cómo voy trabajar?

### **4) E: Qué aptitudes son esenciales para ejercer la psicología?**

Debe ser tolerante; tienes que ser curioso, porque la psicología es una mirada tan amplia al ser humano, que si no eres curioso, te va a resultar una lata, y también ser estudioso, yo creo que implica esfuerzo.

Además de ser estudioso, ser creativo, curioso, perseverante, yo creo que también necesitas tener una actitud de responsabilidad. Que tenga que ver con el tema de las puntualidades, con cumplir a los compromisos, yo creo que es súper importante. Y lo otro tener una actitud de escucha, para que vas aprendiendo.

**5) E: Y entonces dentro de estas aptitudes cuales reconoces propias?Cuál te ha costado menos desarrollar o es suficiente con las que tienes?**

Todas las anteriores....., la responsabilidad. Yo creo que soy curioso, yo creo que soy perseverante, yo creo que también soy creativo, con las otras así haciéndole empeño. Aunque conozco más la dinámica del diurno, y es bastante eficiente, los profes saben que tengo más tiempo.

(En diurno) Yo diría que el 50% o el 60% del curso trabaja, pero va en horario diurno, yo por ejemplo. La mayoría entonces está pasando en limpio, tiene trabajo una jornada completa y después va a estudiar.

Tienen dinámicas distintas (diurno y vespertino). Al mismo tiempo son muy parecidas las realidades, la edad cambia un poco. Yo por ejemplo, en la carrera he estado con pareja y sin pareja, no sé si “en pareja” en realidad, pero emparejado. Pero no se puede mucho tampoco hacerlas todas, o sea los tiempos no son los mismos. Yo creo que es difícil pero se puede igual, nunca tanto tampoco.

Y ésta es la segunda vez que estudio, o sea fue distinto primero estudie teatro tiene una formación muy diferente, hay mucha demanda, y hay mucho trabajo también, pero es distinto no trabajas tanto con los libros, pero trabajas con tu cuerpo con tu mente, tu talento, con tus dificultades. Acá no por, es distinto trabajas con la cabeza un poco más, y los compañeros te ayudan. Hay compañeros... a veces hay compañeros que tienen las mismas situaciones. Andan perdidos por la vida. Sobre todo al principio perdido, perdido. Yo no entendía nada: Yo dije “yo quiero entender” y ahí le puse más empeño pero al principio daba bote. No cachábamos nada, y los profes que cada uno es un personaje, hay de todo, peleamos, aprovechemos.. (risas).

**6) E: Bueno ahora vamos a profundizar en la psicoterapia propiamente tal, lo primero que tú me cuentes, que es la psicoterapia con tus palabras?**

La psicoterapia yo creo que es un dispositivo de salud mental que está dispuesta de diferentes formas de acuerdo al enfoque que le estamos dando, pero yo creo que

actualmente es un dispositivo que se adapta a distintos medios, a lo formales o lo informales, a lo clínico.

**E: A que te refieres con formales e informales?**

Por ejemplo la psicoterapia personal o humanista, en donde el terapeuta puede salir a encontrarse en el parque con el paciente, y hacer una sesión y eso tiene un carácter informal. Por ejemplo, un dispositivo clínico, o espacio más cuidado se presta para eso. Pero está inserto dentro de una instancia de poder que es la segunda instancia.

**E: Buena definición.**

Si. Es de salud mental, y está hecho para investigar para ver para saber, llegar, apoyar para construir teorías.

**7) E: Y que factores crees tú que influyen para que una persona permanezca en la sicoterapia?**

Un buen vínculo terapéutico que se haya producido, la voluntad del paciente de querer hacer algo por él.

**8) E: Como defines tú el vínculo terapéutico o la relación terapéutica?**

El vínculo terapéutico es un lazo, yo lo miro **como el principito “.....a domesticar”**  
El dijo “domesticar es crear lazos”, yo creo que es una analogía media interesante porque, yo creo que eso es la psicoterapia. Hay un lazo, hay un vínculo que se va creando estrechamente en que tú y yo, y nos vamos a conocer. Independiente de lo que traigo yo, o traes tú, nos vamos domesticar, vamos a darnos tiempo, vamos hablar, eso es domesticar.

El vínculo esta dado para una condición humana o ser persona, también tú puedes tener un vínculo terapéutico en una institución. La relación terapéutica puede estar dada por un objeto por una persona o también por un árbol por..., la relación

terapéutica. Lo veo como un afecto más abstracto. El vínculo terapéutico tiene una forma más definida.

**9) E: Y que sería la deserción para ti.**

Yo creo que la deserción es un elemento súper interesante, porque está abierto a muchas posibilidades de ser. Puede ser porque la persona no pueda seguir viniendo, porque no tiene plata, porque no le gustó la terapia, porque se siente mejor, y ya no quiere ir yendo a terapia, son muchas las posibilidades. Súper interesante abordarlo. Pero hay q levantarlo desde algún lugar. Y claro yo prefiero darles el alta, a que ellos me lo den a mi (risas).

**E: Hay una diferencia cuantitativa, si todos tus pacientes desertan, uno debería preocuparse?**

Claro, yo creo que sí.

**E: Si la mayoría de ellos desertan..?**

Claro.

**10) E: Pensando en esa deserción, cuando fue la primera vez que escuchaste hablar de deserción?**

En otro contexto, también social, pero otro contexto. Me acuerdo que había un centro comunitario donde yo trabajaba con estudiantes que habían despertado y tenían una nueva posibilidad para estudiar. Entonces, ahí el tema de la deserción era el tema de todos los días: deserción escolar. Y ahí, yo creo que fue la primera vez que me encontré con el tema más fuerte.

**11) E: Y que se decía acerca de la deserción?**

Se decía **que es la voluntad de la persona**. La que tiene que ver “ene” con la decisión de la persona. Ciertamente que hacerlo... que desertar no es bueno. Es algo malo. Se

connota con una forma negativa, porque es una manera de cerrar un proceso. Podría ser de una manera positiva, pero la deserción invade en un modo negativo, al cerrar un proceso terapéutico o de aprendizaje o amoroso...

**12) E: Y ahora qué características tiene un paciente desertor?**

Inconstante, muy gozador o muy gozadora, una cosa más atractiva. Yo creo que también es una persona orgullosa.

**13) E: Qué diferencia crees tú hay en una persona que deserta al principio y otra que deserta en el medio, o avanzada la terapia?**

La diferencia es que el paciente que deserta al principio no está seguro de hacerlo (de tomar un proceso terapéutico). No tomó una decisión, o no lo ha decidido claramente. Y el paciente que deserta al medio o avanzado, lo hace por aspectos muy personales, o del proceso terapéutico. No vino más porque, hay una pequeña diferencia...

**14) E: Qué tipo de formación haz recibido con respecto a la deserción (seminario, tesis, cátedra, pasantía, etc.)**

Nada. No, nada. Es como una figura casi abstracta, es una figura mitológica, todos sabemos que existe pero nos da miedo y no hablamos de nada (risas).

**15) E: Cuáles crees tú que son las herramientas que tienen los psicólogos egresados para afrontar la deserción en esta práctica?**

Yo creo que hay una herramienta importante, como acá en la Academia te forman con una visión de mundo muy abierta, y ese es un elemento que tiene..., aquí no hay una sola razón (para la deserción). Probablemente hay varias y hay que descubrirlas... Yo creo que es un elemento que todos los clientes han de tener, es una visión abierta a las posibilidades.

**16) E: De lo que has escuchado respecto de la deserción que crees que te ha facilitado o ha obstaculizado entender la deserción?**

Lo que no escuchado no me ha ayudado, y lo que he escuchado me ha ayudado muy poco. Es un tema que yo siento muy fuera, un tema delicado, un tema un poco tabú diría yo. No, no, se habla nada.

**17) E: En qué fase de la formación se debería abordar el tema de la deserción?**

En una pasantía yo creo que es un buen espacio. **Un curso práctico, algo donde se permita el diálogo, más que el estudio teórico.**

**18) E: Cuáles son a tu juicio las debilidades y fortalezas de la supervisión?**

Partamos por las debilidades para ponernos más románticos al final...

Las debilidades de la supervisión: yo creo que son pocas. Algo que está bien es la supervisión.

Debilidades: como por ejemplo, no tener los espacios físicos adecuados; o que a veces el supervisor no se preocupe de tener un lugar adecuado para un grupo determinado de personas por ejemplo yo creo que eso es importante.

Los horarios no están muy definidos yo creo, que esa es la debilidad al parecer todas. Yo creo que sería bueno que definieran más, yo diría que el tiempo, debería ser más largo, **o debería estar más tiempo con el supervisor. Es muy grupal.** Yo creo que eso es una debilidad también, al mismo tiempo puede ser una fortaleza, desde el punto de vista personal se agradece la supervisión personal.

**E: Faltan espacios individuales?**

sí, faltan espacios individuales.

**E: Y la fortaleza?**

Yo diría que la primera y gran fortaleza es que hay académicos expertos en el área y yo creo que eso es un gran aporte. Realmente el que supervisa pensamos que tiene

mucha experiencia; que tiene una posición dentro de su colectividad y que si supervisan es porque son capaces de hacerlo. Yo creo que esa es la parte humana. Yo tengo una idea acerca de eso ... yo creo que los profes son los que están a cargo, y son muy buenos como maestros como apoyadores, como profesionales.

**19) E: Qué efectos crees tú que tiene para los psicoterapeutas en práctica el hecho de que los pacientes deserten, que les produce a los psicoterapeutas?**

Yo creo que algunos se deprimen. Yo he visto que algunos se angustian. Yo he visto que algunos no les importa nada. Pero yo diría, que a la mayoría les afecta, su estado de ánimo, su autoestima.

**20) E: Cuáles son los pensamientos, emociones que se te ocurren cuando se habla de la deserción?**

**Epicrisis:** aquí pasó algo malo. Otro pensamiento; hay gato encerrado. Y, otro pensamiento: me da curiosidad saber por qué pasó? Saber por qué?, que pasó?, qué ocurrió? **Si yo fuera paciente, yo dejaría la terapia porque el terapeuta es malo, no es bueno, no se la puede.**

**21) E: Qué crees que se te cuestiona cuando la persona deserta?**

Tu capacidad de llevar el caso por buen camino terapéutico.

**22) E: Crees que la deserción suma o resta en la identidad o construcción de un terapeuta?**

Como identidad yo podría decir que juega un papel importante en cuanto a la autoevaluación como terapeuta, y la capacidad de ser evaluado o ser criticado, eso.

Tú me preguntas por el papel que juega...? Sobre la identidad, es una identidad que se puede fortalecer de una manera positiva, o negativamente, dependiendo de cómo se produce la deserción, y que pasó después, fue más como lo trabajó el terapeuta.



**E: Y entonces sabemos lo que va a pasar si maneja la situación, si se evalúa, si lo piensa, y que pasa si no hace este proceso?**

Yo creo que si a un terapeuta le importa su trabajo es algo que va a quedar ahí en su cabeza dando vueltas siempre. Y si es un mal terapeuta, yo creo que le va importar muy poco. Yo creo que lo que va a pasar con su identidad es que va a asumir de una manera profesional lo que ocurre en cuanto a la deserción. O se va a dar la identidad de “ser poco profesional con el fenómeno de la deserción”. Es un poco duro pero yo creo que así sería.

**23) E: Ahora viene lo que a ti te ha pasado, cómo lo has vivido. Tienes un caso particular, hay una persona que haya dejado de asistir?**

Yo voy a confesar que he pecado, porque de un caso de una deserción de una chica que estaba muy complicada, no sabía que iba a pasar con ella, no tenía trabajo, problemas de horario, y no sabía nada de nada, y desertó. No era primera vez que desertaba. Yo la esperé más tiempo del que debí haberla esperado, para que volviera, para que retomara la terapia. No debería haber hecho eso, y yo creo que fue malo porque me hizo tener una preocupación extra, y que podría haber “no tenido” (evitado). Ya!, no vino? Ya, chao no más”. Pero no. Yo la esperé, pensando en que podría volver. Ahora ella... llamo varias veces por teléfono pero nunca cumplió. Y yo debería haber cortado el cheque antes... Me tenía engañado (risas).

**E: Y se puede saber cuál es el motivo de consulta de ella?**

Sí, es porque era ella estaba muy angustiada, muy abrumada, lloraba mucho el motivo de consulta era que ella quería aprender a tener una buena relación su papá. Ese era su motivo de consulta, era bien compleja. Una niña muy joven que tiene un hijo. Lo tuvo también muy joven, y el hijo se lo cuidan sus papas. Y uno podría pensar que el motivo de consulta podría ir por el lado del hijo, que no tiene a su lado, pero no, ella vino porque quería mejorar la relación con su padre. Ella tenía, ella tiene, mira no la

recuerdo muy bien, pero ella tiene 20 ó 22, 21 ó 22. Y quería aprender a llevarse bien con el papá. Ese fue el motivo de consulta inicial. Y no se llevó nada de bien con el papá, porque lo llamaba por teléfono, le decía que iba ir, que no iba ir, ... al final vino a puro "hacerle la contra" (al papá).

**E: Pero que te pasaba a ti con este que te dijera que venía o no venía y después ya no viene más?**

Me sentí mal. Me sentí abandonado. Muy mal... después se me pasó. Debo confesar que me sentí mal, pero después pasó.

**24) E: Conoces la experiencia de otros compañeros practicantes que hayan desertado sus pacientes?**

Si

**E: Casi todos o todos o pocos?**

Algunos, lo vi.

**E: Acaso son muchas deserciones. Conoces a alguien que no le hayan desertado pacientes?**

No.

**E: Y hay algún caso que te haya llamado más la atención, en qué sentido le afectó?**

Lo que me llama más la atención es el cambio de actitud. Esta persona (coterapeuta) trabajaba con adultos, y le desertaron la mayoría, o todos los pacientes. Después conoció el trabajo con niños, y ahí descubrió que tenía mejor vínculo con los niños, con los adolescentes. Y llama la atención, porque justamente se transforma en un cambio positivo. Aquí la deserción, hizo que el terapeuta o la terapeuta se diera cuenta de que podía estar haciendo mejor trabajo con ese grupo. Me llama la atención porque

además era muy visible la situación. A ella le costaba mucho, yo la veía súper aproblemada, pero después le dio una vuelta al asunto en positivo.

**25) E: Crees que los pacientes que han desertado tienen una característica especial?**

Un tanto orgullosas diría yo. Como que les cuesta que los otros la vean. Les gusta mostrar una imagen, la mayoría los pacientes están controladitos. Por la sesión, el orden. (Entonces) les da miedo no ir, o ir (a la sesión). O, les salió por ahí un brillo más entretenido, donde puede lucir lo suyo. Se va ir y no va a llegar a nada.

**26) E: Y cuántos pacientes han desertado, tienes idea más o menos?**

3 ó 4.

**27) E: Con qué aspecto de tu vida personal relacionas la emoción o la sensación de la deserción acá ?**

Con ningún hecho particular, ... pero con una sensación de caos, de abandono.

**28) E:Cuál es la importancia que tiene la deserción en el practicante? Tú me dices que tiene una importancia simbólica, que lo hace importante valóricamente o simbólicamente para el practicante en el sentido de la formación?**

Es importante para conocerse a ti mismo, para saber que te pasa con tu fortaleza. También es importante para conocerte a ti mismo, para saber qué te pasa con eso.

Si, o sea no ando por la vida pensando en la mañana, me meto a la ducha y pienso "tendré o no tendré una deserción?".

A mí me pasa que es un tema importante para mí: observar, mirar al paciente. Yo, adelante. No que ellos me vean a mí. Hasta el minuto he tenido muy poca deserción, casi nada, pero he visto en otros compañeros, y el tema es fuerte. Porque con esta situación, entran tantas variables que tú que al final te podis perseguir, porque no lo hago bien? te crees perfecto o depende como la contís (cuentas), porque es un tema

súper fuerte, y súper importante para el terapeuta. Porque en el fondo, se está jugando la posibilidad de trabajar, y si a ti te desertan todos, debe haber una razón implicada en el terapeuta también.

En lo personal creo que si no tienes pacientes, no podis tener clínica. Y además, yo creo que puede ser que te dañes un poco, que pienses detenidamente la situación y que digas que “es un rollo mío” es “mi responsabilidad”. Siempre puede haber muchas variables en todo.

**29) E: Hay algo que quieras decir o agregar en relación a la deserción?**

Que me parece muy interesante. Creo es que en realidad un tema que cuesta, que uno no lo aborda tan fácilmente porque no es tan bonito.

Entrevista a Carolina Tobar Concha, 26 años.

**1) E: cuándo y por qué decidiste estudiar psicología?**

En un momento en que por casualidad llegó a mis manos un libro de Psicología general cuando tenía como trece años. Leí un poco, y sin entender mucho lo terminé. Con el tiempo me pareció interesante estudiarlo. Además leía filosofía y supe que las dos cosas se complementaban bien.

**2) E: Y cuál es la relación que tiene la psicología con tu vida?**

A pesar que era más silenciosa que parlanchina, siempre escuchaba a mis amigos o las conversaciones de "grandes". Y decía cosas asertivas, también cuando me preguntaban que pensaba, y me decían "serías buena psicóloga". Ya con eso, me interesaba más estudiarla. Además pensé que podría solucionar aspectos de mi vida y que esta sería "perfecta" jajajaja...

**3) E: Qué opinan las personas cercanas, tu pareja, tu familia sobre que hayas decidido estudiar psicología?**

Tengo mis bandos, algunos les encanta y cuando tienen sus cosas que no saben resolver buscan mi ayuda, y parece ser que confían en mi criterio, eso tiene sus costos si, porque buscan a la psicóloga y no a la amiga. Trato de ser lo más honesta y decir que no resuelvo problemas ni aconsejo, pero de algún modo omiten esa parte y me buscan igual.

Y el lado de los que me dicen debiste haber sacado Enfermería que era mi anterior carrera técnica, por las lucas. Pero en definitiva, yo me siento muy bien estudiando psicología y ahora en práctica ejerciéndola, me siento cómoda y veo que aunque cueste encontrar trabajo como dicen... Yo igual le doy con todo por la psicología.

**4) E: Qué aptitudes crees tú que son esenciales en el ejercicio de la psicología clínica?**

Esta pregunta es un poco compleja porque a veces lo que uno cree el otro quizás no, o en el ejercicio mismo cada uno emplea sus criterios.

Yo creo que aptitudes transversales a todos en este ejercicio es el respeto por el otro, ponerse en el lugar del otro y tomar las cosas desde la perspectiva profesional y no desde lo que yo haría en su lugar. Ese espacio es muy estrecho y debiese cuidarse harto en el ejercicio del psicólogo. También me parece importante la iniciativa, la creación y motivación para hacer cosas ocupando bases o formas de las corrientes psicológicas. Hay muchas cosas por hacer y que trabajar, están las herramientas solo hay que aprovecharlas.

**5) E: Y sobre esas aptitudes cuales crees que son parte de las tuyas, de esas que tú dices que son esenciales**

La empatía, cada día la logro más, el respeto y la motivación para seguir adelante con esta carrera.

**6) E: Qué es para ti psicoterapia?**

Un espacio terapéutico para el que consulta por algún (os) motivo (s) en particular o no tan particulares. Un espacio de conversación y trabajo personal único he intransferible. Creo que debe ponerse énfasis en esa parte. Como terapeuta o psicóloga pienso que es un trabajo importante el estar atento a lo que surge ahí y también atento a las cosas que a uno le pasan con el paciente donde se hace muy preciso también uno mismo estar en psicoterapia. Puede dar un resultado beneficioso para ambos en contexto de vínculo terapéutico.

**7) E: Qué crees tú que hace que una persona permanezca en una psicoterapia entonces?**

En mi experiencia he notado que muchos llegan queriendo irse en primera sesión con todo resuelto, como si fuera la lógica de la farmacia, pero las cosas no son así, todo requiere un trabajo y como dije anteriormente esto es un proceso único he intransferible que requiere tiempo y constancia. Dejando eso estipulado, las expectativas cambian por ende vas su asumes el compromiso de ir o no. Es una cosa de decidir qué haces con lo que te pasa y poner a prueba el compromiso. Algo simple de decir pero que en la práctica inmediatamente se pone a prueba.

**8) E: Que es para ti el vínculo terapéutico y la relación terapéutica, son iguales?**

Que filosófica esta pregunta, hasta debí pensarla más y recordar la experiencia.

Yo creo que es una cosa de tiempo. Una relación es en primera instancia, puede ser temporal o definitiva, tiene cambios favorables o desfavorables, buenos o malos depende como te muevas con un otro, etc. En el fondo te vas ajustando, en tanto permaneces o te vas. Un vínculo es algo más profundo, constante y duradero en el tiempo exista o no la relación.

En este caso de vínculo y relación terapéutica creo que es lo mismo...la relación se daría en primera instancia y el vínculo permanecería atemporalmente. Por ejemplo si terminas el proceso terapéutico seguiría el vínculo.

**9) E: Que es la deserción terapéutica (enfocada en la voluntad del paciente)?**

Cuando el paciente por diversas razones deja de asistir a su terapia y ni siquiera existe un planteamiento del porqué de su decisión pero eso deviene de cuán grande sea el compromiso con lo que asumes.

**10) E: Cuándo fue la primera vez que escuchaste hablar de deserción?**

Es una palabra que quizás ronda en el aire y la incorpore de algún lado, es rara (inusual) esta pregunta.

**11) E: Si y cómo fue eso? qué es lo que recuerdas de lo primero que te enteraste de la deserción?**

Hay cosas que no se saben cuándo llegan, están no más. Pero en la Universidad fue muy frecuente jajajajaja

**12) E: Tú crees que hay un perfil de paciente desertor?**

No creo que sea un perfil, yo creo que tiene que ver como uno enfrenta y se asumen las cosas. A veces no estamos en el mejor momento para enfrentar cosas y simplemente se huye. La terapia te da eso ver las cosas y enfrentarlas, hay que estar súper dispuesto si no...  
Desertas

**13) E: Qué diferencia crees tú hay en una persona que deserta al principio y otra que deserta en el medio, o avanzada la terapia?**

Quizás la respuesta anterior sea también respuesta de esta, influye en el nivel de compromiso con la terapia, pero por mi experiencia y lo que he escuchado de otros profesionales psicólogos casi siempre se da en las primeras sesiones la deserción.

Ahora te cuento que en mi caso paso al revés, por motivo de término de práctica yo tuve que dejar el proceso con mis pacientes y eso fue doloroso. Yo sentí que les abandonaba en un momento importante aunque avanzado, aunque trate de ser cuidadosa en el cierre y derivación les impacto a ellos y yo también tuve un impacto en dejar esos procesos. Por eso te digo, es el nivel de compromiso que uno tenga con la terapia.

**14) E: Tú has tenido alguna formación, instrucción seminario, curso pasantía donde se hubiera profundizado acerca de la deserción.**

No nada, quizás eso lo va dando la experiencia, además a todos nos impacta de un modo distinto el que el paciente siga o no en terapia.

**15) E: Cuáles son las herramientas que el psicólogo tiene al egresar para enfrentar la deserción?**

Yo creo que todo se da en el tiempo. Probablemente al inicio si nos cueste afrontar que un paciente se nos vaya, por diversos motivos, pero tal vez con los años de práctica superemos mejor el hecho que se vaya un paciente. Aplícame o muéstrame este cuestionario en un par de años más...jajajaja

**16) E: De lo que has escuchado respecto de la deserción que crees que te ha facilitado o ha obstaculizado entender la deserción?**

En realidad para mi no fue uno de los temas que me afectó, si llevo una o dos sesiones con un paciente, veo que la relación terapéutica esta recién comenzando y se podría deducir de inmediato en que posición viene el paciente, mas allá no me influye mayormente. Aun que si veo que si veo que fue algún error mío trataría de supervisarme para mejorarme como terapeuta o psicóloga y procurar estar más atenta para después.



**17) E: En qué pasos de formación crees tú que debería abordarse el tema de la deserción?**

En pasantías probablemente, pero eso hay que vivirlo no mas ahí se entiende, si lo hablas antes quizás no se entienda bien el concepto.

**18) E: Y cuales son las debilidades y fortalezas que tu ves en el espacio de supervisión**

En la mía me gustaba compartir los casos con mis compañeros y supervisor poder hacer feedback y acoger lo que otros pueden ver

Creo que fue una buenísima instancia y aprendía mucho de lo que escuchaba de otros o me sugerían a mí, además de los textos de lectura sobre determinado tema.

**19) E: Qué efecto tiene para los terapeutas en la práctica el hecho de que los pacientes deserten?**

Sobreviene el cuestionamiento, que hice mal? Que me faltó? , etc . Quizás a algunos se le dañe el ego que se yo, pero todo va en el tiempo para afrontar este tema y en como uno acepte una supervisión de caso.

**20) ¿Cuáles son los pensamientos o emociones que te produce hablar de deserción terapéutica?**

Sobre un caso particular, no es uno de los temas que me afecto mayormente, como dije anteriormente en la pregunta 5 del ítems anterior..." si llevo una o dos sesiones con un paciente, veo que la relación terapéutica esta recién comenzando, y se podría deducir de inmediato en que posición viene el paciente, mas allá no me influye mayormente. Aunque si veo que...si veo que fue algún error mío trataría de supervisarme para mejorarme como terapeuta o psicóloga y procurar estar más atenta para después."

**21) E: Qué crees que se cuestiona un terapeuta cuando desertan los pacientes?**

Es delicado quizás para el supervisor de práctica cuestionar a ese psicólogo en formación, debe costar ser asertivo para decir al otro que ocurre en ese momento. Al menos en mi caso

mi supervisor fue cuidadoso y empático en ese momento asimismo vi que con otros lo hizo. Eso también da seguridad para continuar y no bajonearse. Porque si te critican todo el tiempo, quizás eso abrume más de lo que aporte.

**22) E: Crees que la deserción suma o resta en la identidad o construcción de un terapeuta?**

Es súper importante que pase, en mi caso hasta lo valore, es necesario porque implica aprender a soltar, aprender a ver si hubo algún error de parte del terapeuta o bien si el paciente no respondió bien a su terapia. Con una Buena supervisión no debiese afectar mayormente.

**23) ¿Cómo has vivido –con un paciente en particular- que haya dejado de asistir? ¿Qué sensaciones te despertó?**

Al inicio ansiedad, quería poder ayudar a quien me fuese a consultar y quizás en esa instancia fui muy rápido queriendo captar todo, a lo mejor asuste a la paciente, luego devino la incertidumbre pero en supervisión me bajaron revoluciones y debí aprender a soltar.

**24) E: Conoces la experiencia de otros compañeros practicantes que hayan desertado sus pacientes, que crees que se hayan afectado?**

Si, con algunos compartí mucho esas experiencias, por lo mismo creo que no es necesaria una formación en deserción, hay que atreverse a vivirlo e irlo superando, hablándola o llevándola a supervisiones.

**25) E: Crees que los pacientes que han desertado tienen una característica especial?**

Algunos llegan súper perdidos, ni saben porque van, solo quieren tener la experiencia de ir al psicólogo, y es ahí que me doy cuenta que el motivo de consulta se hace fundamental para empezar el proceso terapéutico, si no viene claro el motivo trabajarlo con él o ella según su disposición.

**26) E: Y cuántos pacientes han desertado, tienes idea más o menos?**

2 pacientes, pero una de esas me afectó más que la otra.

**27) E: Con qué aspecto de tu vida personal relacionas la emoción o la sensación de la deserción terapéutica de tus pacientes?**

Generalmente cuando he asumido compromisos he llegado hasta al final, pero eso tiene que ver conmigo, con lo que yo quiero para mí. Uno de ellos ha sido llegar a terminar mi carrera por sobre todo, si hubiera desertado ni siquiera hubiera sabido que existe este cuestionario ni que es la deserción terapéutica.

**28) ¿Y cuál crees que es la importancia que tiene la deserción de los pacientes, en el contexto de la práctica profesional de un psicólogo?**

Una experiencia necesaria, se debe pasar por eso ya que te ayuda a la propia formación y como te la enfrentarás después.

**29) Finalmente, hay algún comentario o reflexión que quisieras agregar?**

Que toda experiencia positiva o negativa en la formación, sin duda contribuye a la vida profesional del Psicólogo.

## Entrevista a Francisco Muñoz, 40 años.

### **1) E: Esto Empieza primero queriendo saber cuándo y por qué decidiste estudiar psicología?**

Desde enseñanza media me surgió la inquietud, con las ciencias sociales. Y luego lo que pasa con el otro (persona). Después estudié trabajo social.

### **2) E: Y cuál es la relación que tiene la psicología con tu vida?**

Lo que te contaba. Luego mi trabajo en un consultorio, la preocupación por las personas que allí llegan. Y la intervención misma... decidí estudiar psicología.

### **3) E: Qué opinan las personas cercanas, tu pareja, tu familia sobre que hayas decidido estudiar psicología?**

Bueno, ya tenía camino recorrido con una carrera y todo bastante decidido, pero bien, apoyo igual.

### **4) E: Qué aptitudes crees tú que son esenciales en el ejercicio de la psicología clínica?**

Escucha, la empatía.

### **5) E: Y sobre esas aptitudes cuales crees que son parte de las tuyas, de esas que tú dices que son esenciales?**

Ponerme en el lugar del otro, y la escucha activa.

### **6) E: Qué es para ti psicoterapia?**

Espacio que hay entre dos personas, una que consulta de manera voluntaria, versus otro que está dispuesto a escuchar, y entender lo que le sucede al que consulta.

### **7) E: Qué crees tú que hace que una persona permanezca en una psicoterapia?**

Acá hay algo de lo que estoy convencido, el éxito en el tratamiento o que tenga un buen resultado y una mejora en su situación, viene dado en gran medida, incluso desde antes de la primera consulta con el terapeuta: que el paciente diga "sí, tengo un problema, esta cuestión no me la puedo solo", y "necesito alguien que me ayude a resolver esto".

Entonces, estos dos momentos estoy convencido que son un gran paso, y que sirven para que la cosa llegue a buen puerto.

Uno se va dando cuenta, lo hago en el consultorio como trabajador social. Y acá no hay mucha diferencia. Reconocer, que tan ehhh, cuál es el diagnóstico que hace el paciente de sí mismo. Yo lo hago conscientemente, lo trato de mantener alerta, de no hacer una distinción al final, con los pacientes que vienen por otra persona, o por sí mismo, trato de que sea la misma entrega.

Entonces, tomando esa consideración uno va diciendo, ya desde este momento a hacer terapia con el paciente, o tengo que retroceder al momento en que él llegue a esa toma de conciencia de decir: "tengo un problema que no es de mi señora, de mi jefe, soy yo... El que tiene que resolver algo". Pero si la persona viene con esa análisis ya más avanzado, sigo con el paso siguiente.

**8) E: Que es para ti el vínculo terapéutico y la relación terapéutica, son iguales?**

No lo había pensado, me parece que la relación es más profesional, y el vínculo más personal, algo más profundo.

**9) E: Que es la deserción terapéutica (enfocada en la voluntad del paciente)?**

Cuando el paciente ya no vuelve a la consulta.

**10) E: Cuándo fue la primera vez que escuchaste hablar de deserción?**

La primera vez fue en el consultorio.

**11) E: Si y cómo fue eso? qué es lo que recuerdas de lo primero que te enteraste de la deserción?**

El tema de la deserción está más bien relacionado, más bien con las características del plan de salud mental, y cómo se implementan en el consultorio. Entonces ahí la deserción...

**Tiene que ver con un protocolo?**

Claro, si falta dos veces, hay un criterio que no recuerdo.. pero tiene que ver con la inasistencia.

Pero aún así, con esa inasistencia, el terapeuta tiene que hacer un “rescate terapéutico” que se llama. Entonces hacemos una serie de intervenciones, y si aún así, no viene se procede al “alta de administrativa”.

**E: “Alta administrativa” O sea tú no escuchas hablar de epicrisis?**

No. Entonces en ese contexto la deserción, tiene que ver más bien con la rigidez del servicio público que atenta con la adherencia del paciente; es lo que veo yo.

Y claro, pacientes que tienen alguna duda, que no ven claramente los beneficios para sí mismo, o lo que puede cambiar a lo largo de las sesiones, con todas estas características hacen que el paciente deserte finalmente.

Por eso una persona que tiene la posibilidad de consultar una vez por semana, que tiene los medios para hacer eso, yo creo que favorece la continuidad del tratamiento.

No solamente en la psicoterapia, yo creo que en cualquier otro tratamiento, o ni siquiera tratamiento. Me pongo a pensar en los controles de las embarazadas por ejemplo.

**E: En cualquier proceso que implique la salud mental de las personas?**

Sí, pero pienso en el mismo caso de las embarazadas. Pienso que no tiene el mismo seguimiento que en el consultorio. Que puedan pesquisar un problema de salud mental, se deriva, en cambio en las clínicas no hacen eso.

**E: Tendría que ser un médico de cabecera y eso es un raro en Chile.**

Eso... pero eso afecta, la rigidez del sistema.

**12) E: Tú crees que hay un perfil de paciente desertor?**

Tiendo a pensar que sí, pero depende tb del momento que esté pasando el paciente. Siempre he pensado por ejemplo, que especialmente en una terapia desde la perspectiva psicoanalítica, tengo la impresión de que el éxito de esa terapia depende de cierto nivel de abstracción del paciente, que es más difícil que se dé en personas de estrato socioeconómico bajo, que tienen muchas preocupaciones de necesidades básicas de subsistencia incluso: que tengan bajos ingresos, o que tengan problemas serios en las familias. No estoy diciendo que la gente de estrato alto no tenga problemas, pero ellos no

tienen problemas de qué van a comer durante el día, por ejemplo, o que harán con su hijo enfermo.

Pero en sectores socialmente más vulnerables la urgencia está en el tema de la subsistencia incluso. Entonces para ellos, imagino debe ser más difícil acceder a un nivel de abstracción superior como es el psicoanálisis. Entonces, con baja escolarización y medios, afecta la adherencia o permanencia del paciente. He escuchado muchos pacientes que se quejan que el terapeuta nunca les devolvió nada...

**13) E: Qué diferencia crees tú hay en una persona que deserta al principio y otra que deserta en el medio, o avanzada la terapia?**

Yo creo que finalmente hay un poco de todo en la deserción: características del terapeuta del paciente, del momento que está pasando el paciente. Si éste está bien consciente del problema digamos, y si esa consciencia lo hizo venir. Porque incluso acá en el Caps he sabido de casos de pacientes que consultan porque la mamá, la esposa, el papá le dijo que viniera. El caso de un chico que tiene problemas de conducta en el colegio: y le pregunto "tú crees que eso es un problema", y así como que no, y porque necesito un certificado para el colegio que diga que estoy viniendo".

Por el contrario hay pacientes que llegan diciendo vengo por esto, y esto me afecta. Desde sí mismos plantean la necesidad de venir acá.

**14) E: Tú has tenido alguna formación, instrucción seminario, curso pasantía donde se hubiera profundizado acerca de la deserción.**

No. Sin duda tiene que haber pasado en algún momento, pero así como contenido de cómo establecer una relación terapéutica que favorezca la permanencia, o cuidar el espacio terapéutico, o de la deserción propiamente tal, no.

**15) E: Siguiendo la lógica de la pregunta anterior, y no habiendo una estricta formación en ese sentido, Cuáles son las herramientas que el psicólogo tiene al egresar para enfrentar la deserción?**

Estoy pensando en contenidos que ayudan en la formación del terapeuta, características de la comunicación; escucha activa.

**(E: Que a lo mejor en una pasantía se pudo haber desarrollado?).**

Pero sin duda en este proceso formativo que tenemos ahora: la práctica, yo creo que ahora sí es una posibilidad súper importante de esto que estamos hablando. Creo que recién ahora nos enfrentamos a esto "qué hago con los pacientes que se van?" y surgen ahora esas preguntas.

**16) E: De lo que has escuchado respecto de la deserción que crees que te ha facilitado o ha obstaculizado entender la deserción?**

Sí, he escuchado temas que son transversales, desde el humanismo existencial y psicoanálisis: que son cosas que pasan, y que sin bajarle el perfil, le quitan la gravedad al hecho que los pacientes se vayan, que lo dejen a uno ahí botado (risas). (Personalmente...) Quitarle un poco la gravedad ha sido positivo, porque ha sido liberador, de no sentirse responsable, o tan responsable que los pacientes digan "no sigo". Porque en ellos puedan haber muchas razones. Ejemplo, una paciente que me dijo que no tenía plata. No es que le estuviera quitando el almuerzo ni nada, pero que estaba juntando plata para comprarse un departamento.

Hubo otro paciente, que con lo que trabajamos en la sesión fue suficiente para él, y que a lo mejor no responde estrictamente al objetivo que uno se planteó, pero para el paciente sí fue suficiente, y la conclusión que haya sacado, y ya no voy más.

No sé, así uno puede hacer una lista larga de por qué los pacientes no vinieron, y hay algunas súper honestas de parte del paciente, y otras no, que fue tan displacentero para el paciente hablar de cosas que hasta ahora las estaba callando, no resistió, y no quiero seguir sometiéndome mas a esto.

**E: En este sentido piensas que uno debería recomendar a quien diseñe las mallas o pasantía, que se contemple este fenómeno?**

Sí, porque fue liberador para mí, yo tendía y tiendo aún a pensar, que es un criterio de evaluación de desempeño tener pacientes todo el tiempo. Pero creo que hay que considerarlo en su justa medida, porque el terapeuta puede estar tan obcecado en su objetivo, que quizás qué recursos esté usando para que venga el paciente, y que los supervisores vean que tiene pacientes, y sin beneficios para él.



17) E: En qué pasos de formación crees tú que debería abordarse el tema de la deserción?

Yo no sé si será para una cátedra, pero si dedicarle un tiempo importante (E: abordar el problema?) sí, abordar el problema.

Claro porque acá se supone que si el paciente no viene en tres sesiones, se le debe dar el alta. Pero hay personas que necesitan tiempo, o aliviar la tensión, del proceso terapéutico que le movió cosas, pero que tenga cierta continuidad, porque sino pierdes los resultados que has tenido cada sesión, y que esos resultados están encadenados, y que generan cambios.

18) E: Y cuales son las debilidades y fortalezas que tu ves en el espacio de supervisión

Creo es que es fundamental.

**Fortalezas:** incluso tiene un efecto de autoayuda (como los grupos de alcohólicos anónimos), entonces una persona que consigue reflejarse en el otro, oye en realidad a mí me pasa lo mismo, yo pensaba que sólo a mi, entonces es una válvula que se abre, y soltai la presión. Eso en un primer momento.

Otra fortaleza, los distintos puntos de vista sobre lo que uno está haciendo, porque en una ocasión en que yo anotaba que diferencia hay y para eso hay que registrar, y me veía al lunes siguiente en la supervisión tratando de responderle a la profe lo que me iba a preguntar de este paciente. Poner atención en las expresiones del paciente.

Y desde el punto de vista teórico, también hay una gran fortaleza que podemos aprovechar.

Y el aporte de mis compañeros/as cuando compartíamos la experiencia, y se dice "a mí se me hubiera ocurrido esto, y esto otro", y esos son aportes, todos. Porque después tu te preguntas, por qué no lo pensé antes".

**Debilidades** o algo que te pareciera que se debería fortalecer: sí, tengo una compañera que me contó que todos los casos eran supervisados en sala de espejo. Desde el principio, desde la primera sesión. Entonces, claro igual puede ser fuerte...

A mi me hubiera gustado que fuera así, no sé si un 100% pero que ocurriera para que no fuera sólo lo que uno dice al profesor en la supervisión sea lo que se revise o evalúe... Uno supervisa lo que uno vio, y quiere supervisar no todo, pero la forma de abordar al paciente, de conversar, de recibirlo, etc., uno no lo advierte necesariamente.

Debería haber una una evaluación más profunda y permanente. Me parece que una sala espejo es una buena alternativa y sería positivo.

19) E: Qué efecto tiene para los terapeutas en la práctica el hecho de que los pacientes deserten?

Yo creo que es más sensible en este momento, porque está influenciado por la evaluación que hay. No sólo con los profesores, los mismos compañeros. Se ve presionado también por eso o por el éxito de los compañeros.

20) E: ¿Cuáles son los pensamientos o emociones que te produce hablar de deserción terapéutica?

Es algo negativo, hay al tiro una aproximación negativa al tema.

**E: Negativa respecto de qué?**

Uno indudablemente se cuestiona. Se empieza a preguntar qué hice mal, qué no le gustó al paciente, en el fondo buscar razones en sí mismo para explicar la deserción de paciente. Imagino que habrá distintos grados y profundidades en que cada uno de nosotros lo hacemos, pero yo por lo menos; mi primera reacción es qué hice mal? Íbamos tan bien, y ... No es una relación amorosa pero... qué hice mal en el fondo?

Y después en un segundo respiro, puede que al paciente no le gustó algo, esperaba otra cosa. Y bueno, uno no es monedita de oro, como dice la abuelita (risas). Es absurdo aspirar a que uno le vaya a caer bien, o le vaya a resolver los problemas a los pacientes.

21) E: Qué crees que se cuestiona un terapeuta cuando desertan los pacientes?

Se me ocurren dos conceptos, que son bastantes amplios, pero que involucran al terapeuta: primero, la capacidad teórica profesional, el manejo de ese conocimiento, donde uno dice "en realidad, puede que me falte más conocimientos, o estudiar más". Entonces, puedo pensar me faltó abordar más la infancia del paciente, porque no leí sobre eso", y adquirir más herramientas para profundizar en ese tema.

Y lo segundo, con las características personales, uno se cuestiona si es que fui muy parco, o muy frío, lo que el paciente lo habría interpretado como distante o poco acogedor.

22) E: Crees que la deserción suma o resta en la identidad o construcción de un terapeuta?

Creo que influye, o debería influir. Ocurre que si los pacientes desertan, y eso no ayuda a que el terapeuta haga una revisión o evaluación de su desempeño profesional, y tb de ciertas características personales, eh, no hay una exploración de qué está pasando en eso, una reflexión y por tanto, no hay un cambio en consecuencia de eso, yo creo que no está bien.

Influye positivamente en lo que digo sobre hacerse una autoevaluación, exploración sobre qué elementos no están siendo bien utilizados, y yo creo que tb puede influir negativamente en la autoestima; en decir, en realidad serviré para esto? Entonces, puede ser un elemento ansiogeno que afecte en los pacientes.

23) E: Recuerdas algún caso en especial que te haya producido sido el primero, el último, el del medio, hay alguno que te haya, no sé...? O **¿Cómo has vivido –con un paciente en particular- que haya dejado de asistir? ¿Qué sensaciones te despertó?**

Me acuerdo de la primera paciente que tuve. Tenía experiencia en el Caps, había venido anteriormente.

Jessi, quien le hizo la primera entrevista, me dijo, "mira esta chica ha venido antes". Me mostró el registro de asistencia, y tenía muchas inasistencia, y llegadas tarde. Entonces, la atendí y las primeras 2 o 3 sesiones fueron buenas, y en algún momento empezó a faltar reiteradamente. Y bueno habían muchas razones, pero era inconstante. Empezó a repetir el patrón de antes.

Pero tb era mi primera paciente, y yo decía, pucha yo decía lamentablemente, hacía el parangón con los primeros hijos; lamentablemente aprendimos a ser papás contigo, así es que todas las cosas malas que hicimos, tendrás que perdonarnos.

Desde cosas tan sencillas, el saludo, hacer la entrada, y la acogida, todo aquello. Y las preguntas, y todo lo que uno hace.

**E:Cuál fue la crítica que te hiciste? Adónde apunta?**

Uno viene con una montaña de conocimientos teóricos, pero que si no los aplicai bien no sirven de mucho, y ahí es donde empieza a adquirir valor lo que te decía del otro día: la escucha atenta, la escucha activa, de saber intervenir en el momento adecuado. De

reflejarle cosas al paciente que no se da cuenta, y así. Ese conocimiento que uno sólo lo va adquiriendo con la experiencia. Y bueno, la última vez que vino esta paciente, estaba citada a las 8.00 pm y llegó a las 8.55, y ahí me dijo que tenía problemas en la familia, con su hermana, pero que iba a seguir viniendo. Eh, y ya no volvió más. No vino más.

Entonces, claro, como te decía, me ayudó harto para guiar la autocrítica, este historial que tenía la paciente. Pero me ayudó para aliviar no más, no me resolvió... el cuestionamiento que me hizo. Desde la inexperiencia.

### **E: Y cómo lo ves ahora?**

Igual pero menos (crítico), hay un escritor que no recuerdo cuál es que dice que "la experiencia le llega a uno cuando no le sirve" (risas). Ahora con esta experiencia me encantaría recibir a la Bernardita, pero ya no va a venir.

Pero fue una buena experiencia, porque la estoy aplicando con los pacientes nuevos: desde ordenarme un poco más, de preparar la sesión, de no sentirme tan presionado, ya trato de abstraerme u olvidarme de la supervisión. Ya esa cosa no tiene importancia. Porque precisamente la supervisión tiene ese propósito: ya no me voy a plantear queriendo demostrar que soy un profesional, o esa visión que tenía en la supervisión, mostrarme sin yayas, sin problemas, ni nada. Entonces, la trato de dejar afuera del box, y me quedo con la persona, quien es, que problema tiene, que es lo que está consultando, y bueno toda la aproximación teórica, que hemos ido explorando. Así es que ese elemento ansiógeno trato de que salga de la terapia.

La experiencia me ha servido para quedarme con las cosas importantes, y despejar lo que no sirve. Dejar sólo lo fundamental.

**24) E: Conoces la experiencia de otros compañeros practicantes que hayan desertado sus pacientes, que crees que se hayan afectado?**

Se habla poco en realidad, como que uno trata de evitar referirse a eso.

Lo que he escuchado, es lo que te decía, que la deserción es parte del proceso no más. Que a los psicólogos con mucha experiencia, titulados, y con sus habilidades y todo, también tiene pacientes que los dejan.

O sea, que la deserción no es algo exclusivo de los practicantes. Es parte de la profesión. Entonces lo que he escuchado de los compañeros. Que se lo tomaran tan livianamente.

Escuché a alguna persona que dijo: "bueno, será .. Él se lo pierde poco menos. Entonces, yo decía, este es un proceso...".

Si hizo el proceso reflexivo, yo lo dijo, como que le pasó toda la responsabilidad al paciente.

**25) E: Crees que los pacientes que han desertado tienen una característica especial?**

Que han sido un tanto depresivos.

**26) E: Y cuántos pacientes han desertado, tienes idea más o menos?**

Desertado, como 3.

Porque hubo una paciente que me derivaron pero no vino nunca. Esa paciente no la cuento.

**27) E: Con qué aspecto de tu vida personal relacionas la emoción o la sensación de la deserción acá ?**

Estoy tratando de acordarme..., no de enmascarar (risas).

Eh, es que no sé si entendí bien la pregunta... Pero me acuerdo de una época, de una terapia que empecé cuando me estaba separando. Me decidí a consultar, a través de la isapre, ya estaba estudiando psicología. Había congelado eso sí. Estuve dos años congelado.

Y, claro en ese momento fue súper triste. Todavía como que me ... yo creo que siempre me .. Siempre queda una cosita, por el fracaso de un proyecto tan querido y anhelado.

En un momento se me hizo insostenible. Y dije voy a tomar este proceso, y para sacar algo en limpio, quería mejorarme. Y fui a una consulta, me atendió una señora que salió de su box, me llamó..., y me llamó la atención porque tenía su cartera bajo el brazo.

Y qué será dije yo: robarán mucho acá? El solo trayecto del box a la sala de espera..? A lo mejor le pagaron el sueldo..etc. A lo mejor será importante para ella. Entramos, nos sentamos, y no se sacó la cartera, y otro rato, no se la sacó, llegamos al final, y nunca la dejó al lado, y no es que se la haya olvidado. Y dije, que mierda es esto? Y nunca más volví. Yo sentí que fue un gesto de desconsideración. Cómo pretende que tenga confianza, si ella no confía.. No sé. Y también pensé en ella? Qué le está pasando a ella?

### **E: Tú te preocupaste por ella?**

Sí! Y más aún por el momento que yo pasaba en ese momento, y ella preocupada de su cartera, y lo que tenía adentro, entonces, no lo vi como un gesto, de tener una buena oreja a lo que yo le estaba diciendo, y que le importara lo que le estaba diciendo. Entonces, obviamente fue una muy mala experiencia. Desilusionado y triste. Entonces, además pienso que siempre se debe buscar un profesional recomendado, jamás buscar en la guía ni nada parecido. Es fundamental tener una buena sugerencia.

### **28) E: Cuál es la importancia que tiene la deserción de los pacientes, en el contexto de la práctica?**

Mira no sé con quien lo conversaba, a ratos me siento como estos artistas chinos que sostienen platos, malabaristas, que corren para que no se le caigan los platos. Cada **plato es como los pacientes**, cada uno es distinto, por tanto hay que ser más directivos con algunos, versus con otros, que le tiras una frasesita, y uno ve en sus caras la reacción; otro plato sería la supervisión, donde debes mostrarte como un experto poco menos, y lo otro buscando una buena presentación...

Hasta ahora, el proceso formativo sigue una secuencia súper lógica (Universidad), que es fundamental tener una buena la formación teórica. Pero eso de aprender haciendo, y que es un slogan para algunas universidades, me parece terrible. Porque uno se va acomodando a la experiencia. Uno tiene que tener una buena base teórica, y decir desde aquí me paro, de aquí miro, y está bien. Y el paso siguiente es la práctica, pasando por los temas de comunicación, del características formales del espacio terapéutico, yo creo que se debería profundizar pero bueno.

Y de ahí se espera que la intervención sea buena, y que el paciente sea dado de alta, exitosamente, y que el paciente diga, si en realidad estoy mejor, y conseguí todo esto.

Lo que pasa entremedio, se ve acá en la práctica. Pero también –sería necesario- dar vuelta esa secuencia, y ver y deshacer el camino, y ver de atrás para adelante, **pero con los casos de la deserción.**

**Porque ahí surgen temas importantes que a lo mejor vienen del primer paso: desde lo teórico; o desde la relación terapéutica, que se manifiestan en la deserción.**

Pensar el proceso terapéutico, tb de atrás hacia adelante, porque uno ve, advierte, encuentra y puede corregir esos problemas.

Por eso, el tema de la deserción, teniendo en cuenta y presente, es iluso pensar que vamos a responder al 100% de los pacientes es una fantasía. Creo incluso sería negativo para el proceso, que vamos a poder responder a todos los pacientes, pero sí explorar en qué cosas hicieron que el paciente desertara. Pero explorar en la parte que le corresponde al terapeuta.

Por algo los psicólogos titulados, pagan por supervisiones. Todos nuestros supervisores, estoy seguro que ellos también hacen eso, que tiene que ver con una formación continua de ellos. Entonces, esto que vemos acá de las supervisiones del caps, proceso de continuidad en la práctica, tb hay que hacerlo durante todo el ejercicio profesional. O seguir estudiando, hacer cursos, pero tb son supervisados, pagándole a otro para que lo supervise.

**29) E: Algo que quieres decir sobre este proceso de la deserción?**

Yo creo que efectivamente la deserción debería ser un tema para tratarlo en la universidad.

**E: Tú tenías claro que querías hacer clínica?**

Sí.

**E: Cómo incorporas este fenómeno a tu convicción, no le resta energía?**

No. Porque lo he estado incorporando. Si bien es algo ingrato, debes incorporarlo como parte de tu ejercicio. Pero tampoco debiera ser asumido como mal desempeño. Y que las cosas no resulten como espera uno al principio. Las personas que trabajan con el sufrimiento humano, médicos, etc., esto es parte del ejercicio digamos. Que no se llegue a obtener el resultado esperado.

## Entrevista Paulina Raiman, 25 años.

Paulina, como te comenté me interesa hacer esta entrevista porque mi tesis es en relación a la deserción terapéutica de los pacientes adultos. Pero enfocada en lo que pasa con el psicólogo en práctica.

La pregunta para partir es entonces:

**1) E: cuándo y por qué decidiste estudiar psicología?**

(risas) es la misma pregunta que hago yo (en mi investigación).

Porque siempre tenía esa duda de entender por qué actuaba la gente de esa forma, de repente en cosas, como que yo encontraba tan como negativas, cómo, no sé: el individualismo, como esos valores negativos, como que yo no entendía por qué pasaba eso. Yo creo también después me di cuenta que fue para conocer otras cosas. Ahora yo creo que tb me fui di cuenta de fui sanando cosas propias que tb me hicieron mucho sentido a lo largo de la carrera. No podis negarlo.

**O sea, no podis negarlo poh.**

A mi me pasó que en el tema de, en el ramo del profe Traverso a mi me fue mal. Y yo no entendía por qué me iba mal. Pero yo sentía que era porque no... no entraba en mi cabeza el tema de... más que nada... sentí en ese momento, tenía que hacerme cargo de mi proceso y asumir.

Como que me llegó muy fuerte ese tema. Ahí asumi poh. Y entendí que..., o sea me sacaba puros 5. Y yo esperaba otro resultado.

**2) E: Y cuál es la relación que tiene la psicología con tu vida? o qué ¿Qué experiencias fueron significativas para asumirte como psicólogo/a?**

Puede ser que siempre estuve vinculada como a la ayuda social, a trabajos comunitarios. Eh, siempre me interesaba eso.

**E: Siempre estuvo vinculado al otro, al sentir del otro?**



Claro, tb me gustaba pedagogía. En todo caso, sino era psicología era pedagogía, o asistente social.

**3) E: Qué opinan las personas cercanas, tu pareja, tu familia sobre que hayas decidido estudiar psicología?**

No sé si opinan algo específico del tema.

Lo que quería mi papá “era que estudie...”. Que fuera a la universidad, “que sea lo que me guste”, bien. No, no era con la psicología.

Pero no hay un valor...especial por la psicología.

Que estudiara donde yo quisiera estudiar . Porque claro, yo elegí la universidad, yo fui a ver los lugares...

**Ah ya? Tú decidiste todo al final**

Sí.

**4) E: Qué aptitudes crees tú que son esenciales en el ejercicio de la psicología clínica?**

Yo creo que todo el mundo es psicólogo de alguna forma. Siempre toda la gente está interpretando el actuar del otro. Es como tener la técnica. Claro un psicótico no puede.. pero poder ponerse en el lugar del otro, escuchar. Pero creo que es eso, poder ponerse en el lugar del otro. Escuchar. Y poder hacer cosas con sentido, tener respeto por el otro.

**5) E: Menciona 3 elementos bien importantes: hacer las cosas con sentido, escuchar al otro, y ponerse en el lugar del otro. Sobre esas aptitudes cuales crees que son parte de las tuyas?**

Eh, ponerse en el lugar del otro, y hacer las cosas con respeto.

Escuchar (...) igual escucho, pero de repente siento que me escucho más a mí.

Pero, igual escucho. Es que a eso me refiero a que uno no puede llegar y hacer una intervención, como que creo que la intervención tiene que ir con una dirección. Y en una dirección que sea en pro de la vida y las decisiones que pueda tomar el otro.

O sea, también quién soy yo para meterme en la vida del otro, entonces, hay que tener mucho respeto de eso, y si lo hago es porque pienso que puedo colaborar.

Así como que me veo como que es mucho, prefiero no tomarlo (paciente y su caso), o algo así.

**6) E: Entrando al plano de la psicoterapia y de este ejercicio clínico, qué sería para ti ¿Qué es la psicoterapia?**

Yo creo que es un espacio íntimo, donde poder escuchar a una persona que necesita ser, o contar algo. Necesita hablar, necesita trabajarse, pedir ayudar, poder elaborar.

**7) ¿Qué hace que una persona permanezca en un proceso terapéutico?**

Ehh... yo creo que son muchos factores.

- Primero, la magnitud del problema que trae. Y cómo lo (...) si es consciente de que hay algo que solucionar. O sea, si viene por voluntad o no.

- Tb yo creo que debe haber una empatía con el terapeuta. Si uno cree que, o sea si como paciente uno ve que no te está haciendo efecto, o más que no te esté haciendo efecto, que no avanza, yo creo que tb puede ser una forma para desertar.

- Y lo otro, es tb implica el tema de la plata, tb es importante.

**E: Pero si nos enfocáramos en la voluntad del paciente: tú mencionas cuán grave es su situación y cuánta conciencia tiene de eso?**

P: Si es consciente de que quiere trabajarlo... si se siente mejor en un proceso y se retira: claro puede ser que esté bien, puede ser que sea normal, pero no cuando llevai tres sesiones o algo así.

**8) E: Que es para ti el vínculo terapéutico y la relación terapéutica, son iguales?**

No sé, nunca lo había pensado...

Te respondería desde el sentido común, más que desde alguna teoría, si es que hay alguna teoría.

Por ejemplo, me imagino que el vínculo, tiene que ver con algo que no es tan profundo, o no?

Como que hay que armarlo que hay que tenerlo, pero que no (...).

Puede ser que el vínculo el que se trabaje, y cuando lo estas viendo por primera vez, y ya se forma una relación, y quizás sea el vinculo el que hay que trabajar, y hay que mantener también, pero no sé bien.

**9) E: ¿Qué es para ti la deserción terapéutica (enfocado en la voluntad del paciente)?**

Cuando ya no veo más al paciente.

Cuando de alguna forma, este vínculo deja de ser, y no está más en contacto.

Y tb, desertar tiene que ver con no terminar el proceso tb.

**E:Tú sabes que un paciente no viene en tres ocasiones se debe hacer epicrisis?**

Sí.

**E: Entonces, la deserción la miras desde ahí?**

No siempre.

En un principio, cuando inicie la práctica yo tenia hartas deserciones de mis pacientes. Y lo entiendo porque yo no estaba preparada. Estaba súper insegura, y yo creo que fueron las tres primeras pacientes que desertaron rápidamente, o esa a las 4 o 5 sesiones. Pero después las mantuve, y las que han desertado han sido 3. Uno, que era porque no tenia plata y no podía seguir viniendo, se cambió de trabajo.

**E: Ah! Te dio una explicación?**

Claro, me dio la explicación. A pesar que tuve que llamarlo para que me diera la explicación. Lo llame dos veces, no vino, y me dice este tema que se quedó sin trabajo, y todo este tema. Que no iba a seguir viniendo, pero que me iba a considerar.... Pero yo a él le creo que fue por esa situación. Y fue un trabajo difícil con él, me costaba entrar con él, pero sí creo que fue sincero.

Y otra señora que se sintió mejor. Venia cuando estuvo con una licencia, y deja de venir cuando empieza (vuelve) a trabajar. Pero aún así, había cambiado sus hábitos. Ella si me aviso.

**E: Es como que ella se dio el alta sola?**

Claro, me avisó. O sea, en realidad yo llamé. Siempre yo llamo, y ahí me dice, pero aún así, se sentía bien, y habíamos tenido un proceso largo.

Y el otro, no desertó porque yo lo mantengo, pero debió haber desertado...(risas).

**E: Tú piensas que podría haber desertado hace rato.**

Sí, porque hubo un tiempo que venía los lunes, avisaba que iba a venir, y el día que tenía que venir, no venía.

Eso lo hizo varias veces. Entre medio llegaba, entremedio venía, y de repente, y entonces todo se reacomodaba.

Y, finalmente un día vino a decirme que no iba a seguir viniendo. Pero porque tenía que arreglar el tema de la malla, por el semestre, por el tema de sus horarios, y que cuando tuviera sus horarios claro, ahí iba a retomar.

Pero ahí, yo lo mantengo a ese paciente, porque hay un tema de alcoholismo en él. Entonces como por recomendaciones, no del supervisor, sino de otros profesores, como que me han hecho ver que a los alcohólicos todos el mundo los abandona.

Entonces, yo dije: "ya, no lo voy a abandonar". Y ahora viene. Siempre es como que éste es tu espacio. Ahora viene todas las semanas, a menos que viaje, porque está haciendo su tesis en otro lado, y viaja pero ...

**E: Podemos decir que se hizo un vinculo ahí?**

Yo creo, ojalá que sí.

**E: Eso parece.**

Llevamos harto tiempo con él. Aún con esa inasistencia.

**E: Es curioso escuchar deserción respecto un paciente que estuvo a punto de desertar, y que tú sientes que lo recuperaste? Y que él se motivó, y que tú dejaste la puerta abierta. Y considerando también que sufriendo este alcoholismo, y tú igual le dejaste la puerta abierta.**

Si el profesor me decía, este paciente no va a volver, pero volvió. Pero yo ningún problema que vuelva, porque éste es su espacio.

**10) E: Cuándo fue la primera vez que escuchaste hablar de deserción?**

Acá en el Caps.

**11) E: Si y cómo fue eso? qué es lo que recuerdas de lo primero que te enteraste de la deserción?**

Todo el tema clínico de desertar ... Sí, antes como que quienes no asistían a los talleres y esas cosas, pero se llamaba inasistencia. U otra palabra que algunas vez vimos, no se llamaba deserción,... hay una palabra que se usaba, parece: “convocatoria”..., baja convocatoria.

Pero acá en el Caps, fue la primera vez, cuando vi la ficha, y vi que había que llenar, y las epicrisis.

**12) E:¿Crees tú que haya un perfil de paciente desertor?, o características comunes en los pacientes que van a desertar?**

No sé.

No, porque yo creo que los primeros que desertaron fue por inexperiencia mía, inseguridades: todo el rato, todo el rato.

Pero después creo que no pues, el tema del trabajo que uno de ellos no podía venir. Y la otra señora se fue porque empezó a trabajar (terminó su licencia): por el trabajo. Pero no sé todavía, porque son pocos los casos que he visto.

**13) E:¿Qué diferencia existe entre una persona que deserta al principio de un proceso y una que deserta en medio o avanzado el proceso?**

Según lo que me pasó, yo creo que es, o sea insisto en la “inexperiencia”, mi inseguridad... Yo creo que tiene que ver más con el proceso del paciente. Con que se sienten más seguros con su proceso, yo creo que eso.

**E: Como que se dan el alto solos dices tú?**

Sí. Pero si fuera así también lo comunicaría.

**14) E: Tú has tenido alguna formación, instrucción seminario, curso pasantía donde se hubiera profundizado acerca de la deserción?**

No.

**15) E: Cuáles son las herramientas que el psicólogo tiene al egresar para enfrentar la deserción?**

Yo creo q más que la deserción, teníamos mucha herramientas teóricas, mucha lectura, pero muy poca práctica. No sólo en la deserción, sino en la primera entrevista por ejemplo. De hecho esa fue una de las motivaciones de estar áca: de aprender la clínica: escuchar al otro, a aprender a ponerme yo en un espacio con otra persona, y que solamente, o sea, aguantar esta ansiedad de preguntarle más. O de tocarla, o sea, toda esta dinámica que se realiza en un box, aprenderla, no sólo la deserción.

**E: O sea tú viniste explícitamente por esa razón, para hacer la práctica.**

**¿Cree que la deserción tenga relación con falencias en la formación del psicólogo de la Academia? Conoces otras experiencias de otras personas en otras U?**

No. Conozco poco de clínica.

Yo creo que la falencia que tiene es que el Caps se usa poco en los años académicos, o sea en la trayectoria académica del estudiante. Estando presente, y siendo parte del Escuela.

**E: Cierto, te acuerdas que hace poco se trajeron estudiantes para ver cómo funciona el Caps?**

Sí.

**16) E: De lo que has escuchado respecto de la deserción que crees que te ha facilitado o ha obstaculizado entender la deserción?**

Esto que me hizo sentido de que a los pacientes alcohólicos no los puedes abandonar: eso lo aprendí tal cual, y me sirvió. Y aunque no vino necesariamente del supervisor que me

supervisa a mi. O sea, yo tomo hartas decisiones también. El profesor Soca me dice, “tú haces Psicoanálisis a tu manera”. Porque tenemos formas distintas.

**E: Es interesante esa distinción que haces tú. Tú tomas el marco teórico del psicoanálisis, pero también le estas poniendo lo propio. Cómo es eso?**

Tiene que ver con permitirme tb compartir algo con el paciente. Que es algo que en el psicoanálisis no se puede: eso de mostrarte. Yo creo que sí de alguna forma, pienso en la reciprocidad un poco: la persona me muestra cosas, por qué yo no me puedo reír con lo que me está diciendo, o compartir pequeñas cosas. Tampoco me atrevo a merterme mucho. Pero sí de reírme un poco quizás, de bromear.

**E: De presentarte más humana no tan terapeuta?**

Si, pero no es mi intención ser cercana. Sino que (el paciente) pueda compartir, y que se sienta libre de compartir, que no sienta que esté hablando con una pared. Hay que estar atenta, de poder reírme cuando ríe.

**E: De estar en sintonía entonces con el estado de animo del paciente?**

Sí, eso.

**17) E: En qué pasos de formación crees tú que debería abordarse el tema de la deserción?**

Es que no es un tema central. A menos que te toque que vaya a desertar la persona. Mmm, en realidad nunca lo he pensado.. en realidad lo piensas cuando deserta la persona. Yo creo que no hay un trabajo de la deserción, porque ya no estoy con el paciente, entonces, tiene que ver más con qué te pasa a ti con el proceso, que ya desapareció el otro.

**E: Pero tiene una injerencia en tus futuras decisiones en este sentido?**

Claro, yo creo que toda deserción implica un evaluar el trabajo. Siempre.

El profesor Soca siempre nos dice: qué fue lo último que trabajaste en la última sesión que lo viste. Porque también puede ser que haya causado algún impacto, y haya desertado por esa situación.

**18) E: Y cuáles son las debilidades y fortalezas que tú ves en el espacio de supervisión?**

Fortaleza: hay un trabajo. Un análisis. Es que yo creo que el profesor nos da mucha libertad. Busca la forma de hacerte... nos dice que a las supervisiones lleguemos con preguntas concretas, y le explicamos el caso y todo, pero nos da mucha autonomía.

Pienso yo, que me gustaría que estuviera, que fuera más cercano, o sea es cercano; pero que fuera más directivo. Pero por inseguridades mías no pues, porque de tirarme a la clínica sin tener algo como visto, por eso necesito tener alguien que me diga..

Ahora estoy de acuerdo con este estilo, porque sino se vuelve muy escolarizante el tema. Siendo que estamos en una práctica, y creo que está en esos límites aún. Por ejemplo, yo sigo en esta lógica del profesor, siendo que debería ser más de colega, porque ya estás como saliendo.

**E: Todavía hay una mirada más jerárquica que paralela?**

Claro, se expresa, y se ha notado todavía cuando se pasa asistencia, mandar las cosas..

Con la Javiera (Profesora Encargada de Supervisión Intercultural), se nota mucho, pero el profesor no. El profesor Soca es súper "haz".

**E: Pero tú sentís carencia de más dirección, pero no como crítica, sino desde ti, no como crítica al profe?**

Claro, y que necesito estar leyendo el libro, para no equivocarme, para estar más segura.

Pero siento que tampoco lo he necesitado tanto, o sea pienso que lo necesito, pero en la práctica me ha resultado sin tenerlo.

**E: Entonces por ejemplo, para ti la libertad de acción "en la supervisión", esta libertad de tomar decisiones es una fortaleza, porque tú tienes que tomar decisiones, con la guía del profesor, pero con tus decisiones?**



Te dice mira: indaga por esto. Tú lo haces, y se abre todo un mundo.  
Te va guiando, te da una pauta, no te dice lo que tienes que hacer.  
Eso.

**19) E: Qué efecto tiene para los terapeutas en la práctica el hecho de que los pacientes deserten?**

Yo creo que tiene que ver cuantas deserciones tuvo en el proceso. Igual lo veo como un proceso no como una evaluación, y tiene que ver con esto de desligarme de lo escolarizante del proceso.

**20) E: ¿Cuáles son los pensamientos o emociones que te produce hablar de deserción terapéutica?**

No sé nunca lo había pensando...

Alejamiento, podría ser con amistades quizás, que no he visto. Compañeros que no he visto pero que sé que están bien, pero con personas que compartí mucho, y que después dejo de compartir.

**21) E: Qué crees que se cuestiona un terapeuta cuando desertan los pacientes?**

Yo lo veo como un proceso, no como una evaluación. Al desligarme de lo escolarizante, no me preocupa la evaluación, sino cómo yo llevo a cabo esto, cómo soy consciente de que si desertó el paciente, es por algo, y trabajar eso.

**22) E: Crees que la deserción suma o resta en la identidad o construcción de un terapeuta?**

Yo creo que uno igual se siente, pucha perdi a... , uno se encariña con el paciente. Y si estás con hartas deserciones por algo será..

**23) ¿Cómo has vivido –con un paciente en particular- que haya dejado de asistir? ¿Qué sensaciones te despertó?**

En un principio es la pérdida, pero luego pienso que estará mejor. Pero siempre, o sea, hay algo que queda instalado, entonces, independiente del que se fue por plata, igual le

dejamos algo instalado (en el paciente), aunque no vuelva acá queda una consciencia de que hay que trabajarse. Esas deserciones como que no son tan..., no me dejan preocupada, me dejan bueno, como que bueno, algo traté de hacer.

**24) E: Conoces la experiencia de otros compañeros practicantes que hayan desertado sus pacientes, que crees que se hayan afectado?**

No.

Es que hemos comentado deserciones, pero no me ha llamado la atención nada al respecto.

No lo he conversado tanto. Es como un tema invisible de repente. Porque se habla del proceso, pero yo no lo veo como algo negativo tampoco, como para esconder que estás haciendo una epicrisis.

**25) E: Crees que los pacientes que han desertado tienen una característica especial?**

Ninguna en particular.

**26) E: Y cuántos pacientes han desertado, tienes idea más o menos?**

3 pacientes.

**27) E: Con qué aspecto de tu vida personal relacionas la emoción o la sensación de la deserción acá ?**

Con ninguno.

Sólo que uno va viendo que las personas se sienten bien, pero creo que esas deserciones tienen que ver con que se sienten mejor, y se dan cuenta, y que ya fue suficiente, y que ya se pueden enfrentar solas.

No sé como que no, creo que en una deserción de largo plazo trabajado, eh, hay cosas puestas, ya hay cosas que han cambiado. Entonces, bien por la persona que ... lo veo positivo.

**E: Te entiendo: tiene que haber habido un avance.**

Yo no creo que una persona que venga a un lugar, donde debe pagar y, contar sus cosas, venga a ver a una persona que no le responda.

**28) E: Cuál es la importancia que tiene la deserción de los pacientes, en el contexto de la práctica?**

Hay que saber aterrizar lo que pasa, y ya no estando la persona, hacerte cargo, pensando en tu futuro, en tu rol clínico.

Es que claro, contigo me hago consciente de la deserción, porque no es un tema, o que lo piense. De hecho, pienso más en como inicio la terapia que en cómo la termino.

**29) E: Algo que quieras decir sobre este proceso de la deserción?**

No, nada más.

## Entrevista a Pablo Valle, 25 años.

Bueno Pablo me intereso hacer esta entrevista por que estoy haciendo la tesina en relación a la decepción yo parece que te lo había contado, ya entonces la deserción no lo que pasa con los paciente si no lo que pasa con el terapeuta en practica, con el psicólogo en practica entonces analizando todo ese contexto de la iniciación de la practica profesional, la clínica, la visión del psicólogo en práctica respecto de la deserción de los pacientes, entonces por eso me interesa hacer esta entrevista.

Así la pregunta por la que quiero partir es:

### **1) E: cuándo y por qué decidiste estudiar psicología?**

No sé específicamente cuándo, pero sé que desde los 15 años siempre me interesó esto de la parapsicología o la psicología. Más como de la hipnosis es hartito... ese tema como esotérico estuve como muy metido ahí. Pero no haciendo nada, solamente leyendo me llamaba la atención Nostradamus, y todas esas cosas, como místicas bueno a mi papá le gustaba, el compraba revistas como Insólito y esas cosas, entonces me empezó a gustar cosas.

Así y todo, me intrigaba más la mente, la capacidad de la persona y su mente. Lo mas extrasensorial. Me llamaba la atención qué era verdad de eso, y me hacia muchas preguntas, y ahí mas adelante llegue a esa especialidad pero no tengo cómo.

### **2) E: Y cuál es la relación que tiene la psicología con tu vida?**

O sea, cuando yo decido estudiar psicología, o sea.... estuve entre varias carreras también sociología siempre de las ciencias sociales, pero estuve entre trabajo social, sociología y psicología.

**E: Entonces por qué decidiste...?**

Decidí psicología, porque sentía que lo podía hacer sin estar dependiendo de.. tal vez, de una institución. Sino que individualmente, yo puedo tener mi consulta.

**E: El ejercicio personal libre eso?**

Exactamente, y también pensaba que se podría complementar las demás miradas. Bueno, y también esto de ayudar a las personas. Si lo entendemos como ayudar, siendo un aporte.

**3) E: Qué opinan las personas cercanas, tu pareja, tu familia sobre que hayas decidido estudiar psicología?**

Mi hermano es ingeniero, y mi hermana está estudiando I. Civil Industrial, es decir, ellos tienen otra mirada. Se podría decir que soy el humanista de la casa, y, mi polola es psicóloga igual.

Y todos mis amigos del barrio, de la vida..., la mayoría están en ciencias médicas o ingeniero, no hay muchos humanistas, hay uno que estudió periodismo que es lo más cercano.

**E: Pero eso para ti no es una separación, nada?**

O sea, igual hay una visión de mundos diferente yo creo hay otro paradigma ahí mirar desde la psicología, y mirar de ingeniero en construcción es totalmente diferente, y lo veo en las conversaciones que tenemos. O sea, ahí yo creo que sí hay un sesgo ahí, o sea, no sé que es pero hay algo.

**4) E: Como vez tú pues, una diferencia en la visión de mundo y eso ya es una gran diferencia, ¿y cuáles crees tu que son las aptitudes esenciales de un psicólogo?**

Específicamente: la paciencia. Es eso, lo que estoy desarrollando. Pero no es la paciencia conmigo, ni menos la paciencia con el paciente, si no con el proceso

que debe llevar el paciente o la persona: y elegir el momento preciso para: i) decir *-la manera, cómo lo dice-* y ii) la palabra, o sea, connotación, específicamente en ese minuto lo que uno pueda decir al paciente y como interviene.

**E: Ok, todo tiene su momento y su forma de decirlo.**

Exacto. Y la paciencia sobre todo bueno con conocimiento también yo soy un convencido que hay que estudiar.

**E: Sin una base teórica no puedes...?**

Sin una base teórica potente, yo creo que por más que uno tenga muchas ganas, me parece que una base teórica te da otros caminos. Otros caminos por donde mirar, y también como trabajas porque una cosa es teoría psicológica, y otra cosa es psicoterapia. Y es diferente, pero a veces se complementan. Yo creo que la paciencia, más el esfuerzo de leer bastante; y supervisar. Yo creo que esa actitud es una actitud de esfuerzo, compromiso (con la profesión) y la paciencia también.

**E: Esos tres elementos principales.**

Paciencia, compromiso y esfuerzo.

**5) E: Y cual de estas aptitudes reconoces como propias?**

Hoy, con el paciente y, (no en la vida), creo que hoy reconozco que he descubierto esto de ser paciente o sea, de paciencia.

**E: Estás desarrollando esto de saber detenerse y saber esperar en el fondo.**

Con la persona que está en proceso de psicoterapia, porque yo no soy un paciente en la vida diaria.

**6) E: ¿Que es la psicoterapia para ti?**

La psicoterapia es un método de operar, desde donde estoy yo: visión analítica existencial, y... esa visión analítica existencial, se entiende como un método de

psicoterapia fenomenológica. Entonces yo podría decir que es una visión. Desde esta visión, la psicoterapia se hace complementaria como un método de operar, que tiene también sujeto de estudio. Porque claro, cada ciencia... de psicología y varias escuelas tienen objetos de estudio, y, métodos para llegar a esos objetos, pero la psicoterapia, desde esta mirada -la visión analítica existencial- es un método de psicoterapia fenomenológico. Así se define, o sea desde donde yo lo veo, pero la psicoterapia también la puedes entender como un proceso, no sé cómo decirlo, es que yo lo entiendo desde esta mirada...

**E: Ahora que sea fenomenológica da cuenta de que en el proceso psicoterapéutico es esencial más lo que aparece, y por tanto desde el paciente es lo que se tiene que aportar al terapeuta?**

Es que se trabaja lo que trae el paciente: esa es una máxima. Lo que trae el paciente y a través de la fenomenología uno trabaja la comprensión. También está el otro método que es con la epogé que uno trabaja, a través de la descripción, uno contrasta y después reconstruye, entonces un proceso hacia el infinito. Entonces uno siempre está contrastando. Y eso es, como por ejemplo la terapia de la angustia se trabaja con una confrontación también, y ahí está el paso y entonces, está como todo esto así, como en base a la apertura dual, tanto como lo del paciente como lo del terapeuta.

Por ejemplo, si yo siento que la persona que está al frente mío está sintiendo dolor, y yo lo siento al mismo tiempo yo también lo digo, lo que te pasa a ti a mí me llega bastante, o sea al abrirme yo el paciente se abre entonces esos es también como lo que se trabaja entonces uno describe, contrasta a través del epoge y deconstruye siempre.

**7) E: Que interesante eso, por que justamente tiene que ver con la siguiente pregunta que te tengo que hacer ¿Qué hace que una persona permanezca en un proceso terapéutico?**

Para mi principalmente: uno) que vea que el terapeuta esté preparado y preparado, me refiero a que se dedicó al paciente, y a la disciplina, y con los estudios totalmente, con un dominio preponderante. Y, dos) el vínculo entre el terapeuta- y yo lo veo-, pero no desde mi, sino que desde la supervisión que tenemos, me he podido desempeñar de alguna manera que jamás me imaginé, o sea, uno cuando ve llegar al paciente con la supervisión, uno mira lo que esta sintiendo y eso para mi no existía antes me imagino.

**E: Tenías una visión más racionalista del paciente objeto.**

Si pues, acá lo que se trabaja es: uno, fortalecer la voluntad en pro de la búsqueda de sentidos también, pero tomando una posición y decisión libre y responsable, y, la decisión va siempre de la mano de la emoción. Entonces uno más decide cuando siente. Y, yo lo he visto así, entonces esta terapia también va a la emoción. A la apertura dual entre dos personas, en un dialogo, son como un dialogo fenomenológico donde no hay una finitud si no que siempre se pone las cosas entre paréntesis.

Entonces, esta teoría nos ayuda a guiarnos, pero no como un determinante si no que puede ser algo que se predispone, pero nunca determina.

**E: Entonces si se produce la sintonía en esta dualidad el paciente debería permanecer en el proceso terapéutico?**

Hoy no lo sé muy bien por mi inexperiencia, pero lo que he vivido yo creo que va de la mano completamente del estudio (o sea, no sé si es innato). Para allá va la pregunta? No creo que sea innato, si no que se fue desarrollando en una apertura del trato o sea, yo creo que eso es lo que hace, es lo que e visto hoy es que el terapeuta se abre con sus sentimientos o con la emoción que esta sucediendo en ese minuto, el paciente no se va a dar cuenta que esta al frente de un profesional solamente si no que una persona que también sufre.



**8) E: Una persona claro, que interesante el planteamiento ahí ¿Cuál sería para ti entonces la diferencia entre el vínculo terapéutico y la relación terapéutica?**

Es que todos nosotros nos podemos relacionar con cosas, o sea, yo me puedo relacionar con personas en el trabajo o me puedo relacionar con mi familia, pero para establecer un vínculo es más “ser parte”, participar significa ser parte de algo. Entonces yo creo que el vínculo tiene que ver con una relación intersubjetiva, donde hay una relación vincular, y esa relación vinculada tiene que ver con esto de no solamente relacionarse si no de ser parte de esa persona. Así lo veo yo.

**E: Ah ok, mucho mas relacionado, no sólo de un lado para otro, bidireccional, sino interrelacionado.**

Algo como mas íntersubjetivo la relación yo la entiendo mas como yo me relaciono en pro de algo, pero los vínculos es “yo me vinculé”, entonces hay un vinculo mutuo.

**9) E: ¿Qué es para ti la deserción terapéutica?**

La decepción terapéutica ...

**E: Pensando eso sí, en la voluntad del paciente por que por ejemplo en el Caps, tú sabes cual es la política del Caps el protocolo el aspecto de que no viene el paciente, no llama o desaparece, hay epicrisis, es decir, se establece una hipótesis de decepción. Por ejemplo, entonces pensemos que en esta deserción hay una voluntad del paciente.**

O sea, yo lo vi, desde dos maneras, porque yo también fui paciente. Entonces yo creo que a lo que vinimos ya no es tan presente, y nos vamos y dejamos las cosas tal como están, que esa puede ser una: me voy por que me siento mejor.

Y la otra, me voy porque no fueron capaces de ayudarme, o de comprender. O tal vez no logré un vínculo con el terapeuta. Es que son millones de cosas que no lo sé hoy, pero si los identifico.

**E: Claramente podría ser eso, si está la voluntad del paciente...**

Está como su individualidad, el proceso terapéutico y la capacidad del terapeuta yo creo que esas tres cosas son...

**10) E: Claro se fue por que se dio de alta solo o por que no encontré lo que buscaba o no hubo complemento con el terapeuta como dices tú y ¿Cuándo fue la primera vez que escuchaste hablar de deserción?**

Cuando entré acá...

**E: Aquí fue tu debut, y qué fue lo que escuchaste o que fue lo que percibiste, o cuándo te empezaste a dar cuenta cuando empezaron a desertar los pacientes de tus compañeros o los tuyos?**

Es que yo empecé a tener pacientes no de inmediato, o sea otros compañeros tuvieron antes que yo, una semana o dos semanas antes y también hay algo que se daba por natural que los pacientes se iban pero ya viví lo diferente.

**E: O sea tú dices se vive por natural que los pacientes se vayan o sea no porque sea el Caps si por cualquier lugar ponte tu o porque era el Caps?**

Yo creo que en cualquier lugar se da que los pacientes se van.

**11) E: Entonces cuando les pasaba a otros tu decías bueno es parte de esto y después cuando te paso a ti...**

Cuando me paso a mi es diferente. Uno se cuestiona: lo hice mal, o lo hice bien. Ya no me pasa mucho eso sí. Pero al principio se me fueron dos pacientes, pero luego, hasta el día de hoy me mantengo con los mismos.

**12) E: Y así tú crees que existe por ejemplo un perfil de paciente desertor? Es decir, hay tipos de personas de pacientes que tienen un común denominador. No tengo idea cual será pero de que: ah este paciente me**

**tinca, o algo que diga que un paciente va a desertar? hay algo que te indique, te diga haz podido conversar con otros compañeros que un común denominador podría haber...?**

No, nunca me lo había preguntado. Ahora que tú me haces la pregunta lo pienso, pero nunca lo había pensado, o sea te mentiría si te dijera que lo he pensado.

**13) E: Qué diferencia hay entre una persona que deserta al principio del proceso y otra que desertó en un proceso más avanzado no sé por de 15 sesiones?**

Sí, yo estoy ahora en eso. Hay una paciente mía que desertó esta semana, de un proceso gigante.

**E: Así, un gran proceso?**

Como 15 sesiones, bueno y la explicación que ella me da, es que se cambió los horarios de su trabajo y se quiere atender cerca de su casa, que es lo que más le conviene.

Pero al mismo tiempo me pregunto “habré sido tan.....”. Si deserta en un principio, yo creo que no es tan complicado para el terapeuta. Si deserta en un proceso, donde no hay un cierre..., yo creo que ahí el terapeuta se pregunta muchas cosas.

**E: Claro porque ella te está diciendo que va a continuar con el proceso, pero lo va a tratar de hacerlo en el lugar que quede más cerca de su casa?**

Claro que muchas gracias, que le ayudé bastante y todo lo demás. Pero yo me quedo con eso que puede ser verdad, o me quedo también con interpretar cosas, a ver si es tan cierto?

**14) E: Con respecto a la formación alguna vez fuiste presenciaste te llegó información o estuviste en un seminario, un curso o en algo que hayan hecho una capacitación breve acerca de la deserción de los pacientes?**

No nunca, o sea de cómo llevar ese proceso??? Nunca.

**15) E: Cuales crees tú que son las herramientas que tienen psicólogos egresados para enfrentar la deserción?**

Nulas. Acá se aprende, en el proceso se aprende, pero no hay una herramienta que te digan cómo llevar a cabo este proceso.

**E: Se aprende haciendo...?**

si po, pero no es como no es algo formativo. No está eso en el pregrado, se habla pero no se trabaja.

**E: Crees que la deserción aquí en el Caps, tenga relación con las falencias de la Academia, o que puedan ser falencias que están presentes en cualquier universidad...?**

En cualquier Universidad, porque mi polola que está en la Usach, ella me contaba que pacientes se iban y todo.

**E: Y también le tomaba por sorpresa esa proceso?**

Si es que ella estaba con niños, y los niños es muy difícil que se vayan.

**E: Justamente esta tesis está enfocada en personas adultas, porque son las que pueden decidir si quieren un proceso o no. Los niños difícilmente pueden decidir, a veces llegan sin querer ir, y después se los llevan sin que los niños quieran irse.**

Es como el dicho se fue sin que lo echen, vuelve sin que lo llamen, pero al revés.

**16) E: Entonces en el transcurso de tu formación, hablemos de los 4 años de carrera, nunca escuchaste nada que te aportara con respecto a esto, ni que – hoy- sea un mito?**

Siempre escuché mitos, y también como algo que aportara, pero nunca lo vi como un proceso de deserción. Fue más como un producto, los pacientes desertan, pero cuál era el proceso.

**E: Que interesante eso..**

Claro, no como que podría ser algo que se vendría gestando antes, no cuando uno escucha: “sabes no voy a volver más”, y eso es lo que uno sabía.

O sea, si tuviéramos herramientas para identificar, tal como dices tú un patrón, - bueno que yo no lo creo, pero no soy muy creyente de los patrones-, pero si que esto sea un proceso de deserción, ver cómo es el proceso. Uno puede pensar “qué hice mal”, pero siempre lo deja como un “producto de”. Pero tal vez es un proceso de deserción, entonces la persona en su casa está pensando voy a ir, o me voy, voy a intentarlo la otra semana. Le digo al terapeuta que me voy?

**E: O si dependió del paciente se dio de alta y punto y uno también apuesta a que el paciente como decías tu delante tenga voluntad, y que esa voluntad sea libre una autodeterminación y entonces cuando el paciente se va, debería estar uno contento, si se dio de alta solo, en esas circunstancias?**

Es que tal vez en el encuadre, se podría ya dar por hecho tal como lo dices, “este es tu espacio, tu lugar” y “además, en este proceso está muy claro que existe la deserción; y si tú te vas porque te sientes bien, está todo ok, o si te vas porque no lo hice bien, también está bien”, o “porque este método no resultó”. La idea sería “incluirlo en el encuadre” y no dejarlo como algo que está tan escondido.

No verlo como algo negativo, y que el paciente entienda que se puede ir porque está bien, porque el enfoque no le acomoda, o porque el terapeuta no lo hizo bien. Naturalizarlo, no ocultarlo.

**E: Entonces tu podrías decir que hay vacíos en la formación terapéutica con respecto a la deserción terapéutica de los pacientes?**

Sí, en la formación, hay falencias en la formación en la psicoterapia. También lo estoy revisando en mi tesis. Claro estamos hablando de la clínica al final. O sea, no hay muchas herramientas, psicoterapeuticamente hablando. Por ejemplo, uno puede decir algo sobre la angustia, puedo definirla desde un marco teórico, pero cómo yo la trabajo?

**17) E: En qué espacio de formación crees tú que deberías abordarse (no estamos hablando de una cátedra), pero en qué espacios de la carrera debería hablarse o abordar el tema de la deserción?**

O sea si lo pensamos como hablamos delante de naturalizarlo, y no esconderlo yo creo que debería estar desde siempre. Pero después de segundo año, y por cada enfoque. Y acá en la Academia, quizás en una pasantía de la psicoterapia, que sea una pasantía de sicoterapia pero al mismo tiempo abordarlo (el proceso de la deserción o el fenómeno de la deserción).

Y con respecto a esto mismo de la formación: tal vez el concepto, porque desertar es como un “desertor”, si pues, es abandonar. Es como traicionar como que me llega así. No conozco bien el término, pero –decir- “eres un desertor”. Claro es abandonar un proceso. Un proceso que estábamos en el que los dos estamos comprometidos. Más de una persona de hecho. Entonces tal vez ya el concepto estaría mal empleado si es un proceso tan natural (por la frecuencia con la que ocurre). Cierto no se cuál era, esa es tu tarea, pero siento que la deserción a nivel conceptual estaría mal empleado el termino y es un proceso tan natural.

**18) E: Y cuales son las debilidades y fortalezas que tu ves en el espacio de supervisión**

En mi supervisión yo veía pura fortaleza.

**E¿ Pero algo que quizás no dependa del desempeño del profesor o supervisor, y que tenga que ver con variables que no dependan de él en las debilidades porque me imagino que la fortaleza tú te refieres a la supervisión que el profesor hace?**

Es que con mis compañeros nosotros podemos opinar más allá del profesor, el profesor opina dirige todo pero nosotros podemos decir no yo no estoy de acuerdo, entonces yo tenía pura fortaleza en la supervisión.

**19) E: Qué efecto tiene para los terapeutas en la práctica el hecho de que los pacientes deserten?**

Para los psicólogos en práctica yo creo que tiene un efecto bien fuerte, a nivel catastrófico como lo está operando. O sea, que pensemos: estamos haciendo bien este proceso?, hice lo suficiente? preparé un método? no lo prepare? por eso se fue?, y otras cosas más que uno no las sabe, el paciente se fue porque quiso?

**E: O sea lo que sucedería aquí es definitivamente el cuestionamiento?**

Sí, el cuestionamiento al desempeño, no la persona -no tanto- pero sí también, porque a lo mejor no le caíste bien al paciente, y ese vínculo a la vez puede ser profesional y personal.

**20) E: Bueno a mí me ha quedado claro que de acuerdo a las preguntas que te he ido haciendo que todo es relativo, cierto? pero ¿Cuáles son los pensamientos o emociones que te produce hablar de deserción terapéutica?**

Y que tiene que ver un poco con lo que me dijiste delante de que cuando “yo miraba la deserción de mis compañeros de afuera...”.

Sí, es que yo creo que ahora no tanto, yo creo que tal como decimos o estamos pensando esto como algo más natural, yo creo que se hace natural en el proceso y en la formación misma de la práctica. Pero al principio era todo un caos, yo me

preguntaba “qué hice mal?”, “por qué no la mire bien? No sé”, pero ahora me llega una sensación como “es”.

**21) E: Qué crees que se cuestiona un terapeuta cuando desertan los pacientes?**

El ego se cuestiona. Se pregunta: ¿ese paciente volverá? “Yo tengo buena adherencia como dicen...” he escuchado en muchos lados. En el contexto clínico, sobre la adherencia de los pacientes.

**E: Tú has escuchado eso, aquí has escuchado esa expresión?**

Sí, aquí y en otros lugares. “Yo tengo buena adherencia” son cosas que saben, yo la he escuchado en todos lados no solamente acá.

**22) E: Crees que la deserción suma o resta en la identidad o construcción de un terapeuta?**

O sea, si tú me decís que se te van 10 pacientes, tal vez ya no es el tema que todos se sintieron bien, o sea yo creo que igual es algo un tanto cualitativo como cuantitativo, se puede cuantificar también.

Si tiene 20 pacientes y se le van 19. Claro, hay que evaluar cada caso

No sé poh, pero si de los 19 pacientes, y todos viven en Punta Arenas, es entendible. Claro, hay que evaluar cada caso...

E: Pero claramente si empieza a suceder mucho eso podría influir en esta construcción de este psicólogo

Si poh, yo creo que sí, porque él no sólo se afectaría en su ego. Sino que no lograría llevar un proceso terapéutico como completo, donde podría elaborarse una cierta forma de operar, tal vez esa persona no sabría cómo llevar a cabo un proceso de duelo.

**E: Sería siempre un proceso inconcluso?**

Si po yo creo que no se daría una comprensión –de la deserción-, tal vez de lo que trae el paciente, y terapeuta caería en explicaciones. Esa es la explicación



algo más que una causa y efecto, diferencias algo así, en una comprensión donde hay una historia integrada, una subjetividad hay una objetividad e integración de todo eso, siempre mutua. Algo de eso no habría, y quedaría incompleto.

**23) E: Recuerdas algún caso en especial que te haya producido sido el primero, el último, el del medio, hay alguno que te haya, no sé...? O ¿Cómo has vivido –con un paciente en particular- que haya dejado de asistir? ¿Qué sensaciones te despertó?**

Sobre el caso que tú me contabas que te había pasado, no de la persona que tiene su trabajo y que quiere buscar una terapia más cerca de su casa, si no que es algo que te haya provocado o quizás la primera persona que desertó, te produjo que fue lo más que despertó en ti pena frustración, rabia?

Cuestionamiento de que tal vez yo no tenía aún las herramientas para saber operar.

**E: Una suerte de inseguridad de principiante dices tú?**

Exactamente, desde cómo entrar? cómo te sientas (silla frente al paciente)? Cuál es mi tono de voz al recibir al paciente? Eso tampoco lo explican, nada, cómo entras al box, cómo te presentas, son cosas que se dan por hecho, pero no son tan así.

**E: Qué se supone que deberían ser evidentes?**

Claro, cuál es mi tono de voz a la hora de recibir al paciente. Por eso te hablaba de la paciencia. Ahora, lo hago con paciencia, el momento preciso como para hacer esta interrogación.

**E: Entonces, hoy día tú te preocupas de eso? Estás pendiente de que sea el momento preciso, que sea la pregunta precisa, que la paciente esté en un estado de ánimo determinado y que tú puedas captar eso?**

(Ahora, a diferencia del principio de este proceso) Eso se siente, ahora puedo verlo, y desde este enfoque fenomenológico existencial, es cómo..., y por eso, como de la intuición, es más intuitiva esa paciencia, no racional.

**E: Tú tienes que captar al paciente cada vez como llega, independiente de lo que tengas planificado para la sesión?**

Exactamente. O sea, yo he planificado mil cosas que no se han hecho porque el paciente llega con algo inesperado.

**24) E: Conoces la experiencia de otros compañeros practicantes –sin nombres- que hayan desertado sus pacientes, que crees que se hayan afectado?**

No, te mentiría. Yo creo que todos por el ego han escondido sus deserciones. Y me incluyo, yo creo que es un tema generalizado que la deserción tiene una reacción negativa.

**E: Pero entre los pares y después con el profesor que tiene que firmar la epicrisis, ese es otro tema?**

Yo creo que es entre los pares: Es que eso hay que hacerlo, ahí no puedes esconder tus casos. No, yo creo que el profesor entiende más que tus pares que se te puede ir un paciente. Yo creo que tus pares más te cuestionan, más que el profesor porque él lleva años en esto, pero no recuerdas un caso así como.

No te mentiría no, no recuerdo a alguien que haya sufrido por que se le fue un paciente.

**E: Ni que lo haya dicho, estoy mal porque se me fue un paciente?**

No, yo creo que es por el ego, porque uno esconde sus debilidades. Y que tus pares te vean así, deben pensar que me amargo, me van a recomendar después de esto? No sé millones de cosas, fue triste.

**25) E: Y de estos tres pacientes tú crees que ellos tenían alguna característica común entre ellos, podrías decir tú?**

Es que yo te podría decir muchas cosas, los mismos niños, es que también desertó un niño. Aquí dentro de esto desertó un niño, el cuarto sería un niño...

**E: Ahh ya, pero eso no cuenta (en teoría los niños no deciden estar en una terapia).**

Yo te digo tres contando deserción, pero a lo mejor son más los 3 que se me vienen a la cabeza fue porque tu no contai primero entrevista. O es primera entrevista y después nunca más?

**E: No, estamos hablando de tener varias sesiones, al menos 2 o 3. Si hubo primera entrevista (la que realiza el supervisor eventualmente con el practicante cuando el paciente consulta por primera vez), y ya no vuelve, no cuenta, porque no se produjo nada, no se conocieron.**

Bueno, yo podría decir muchas cosas.

**E: Pero para ti, hay común denominador en esas tres personas que desertaron contigo?**

Ahora estaba pensando: el tema.

**E: El motivo de consulta? Ya, no quieres decirlo? No hay problema.**

El tema es más doloroso. O te quedas, o te vas, como que a veces lo pienso un poco. El motivo de consulta era muy grave, muy delicado, como lo describo acá...?

**E: Como doloroso y horroroso?**

Una madre de unos niños que venía; le tenía fobia al público, pero no sé. Luego de algunas sesiones, salió que se había muerto su hijo de 6 años, que se ahogó en la piscina. Luego, no vino nunca más.

**E: A lo mejor era ese el tema que la tenía a ella y salió el tema, ella dijo que nunca se había abierto?**

Y yo le dije si llegamos a este proceso, que lo traía escondido..., todo lo demás, pero yo la llamé varias veces..., ella me llamó que iba a venir, pero siempre faltó y después...

Es que volviendo a lo que decíamos delante: el paciente llega, y de repente ella se da, imaginemos que ella se puede haber dado cuenta que ese tema que a ella la tenía oprimida. Era el tema justamente que no había sacado, llámalo “duelo”, llámalo “es lo que siento”, el nombre que tenga, pero si ella no había hablado antes de esto, y claro, que todas las fobias que se le pueden haber venido era la misma represión que ella estaba ejerciendo sobre ella misma, sobre ese tema tan importante. Y ahí, yo me pregunto, se fue porque no quería hablar? y al mismo tiempo yo no fui capaz de contenerla tanto?,...

**E: O resulta que ella sacó en ese tema según la teoría, la tercera sesión?**

Fue en la primera.

**E: O se dio cuenta cuando se fue que era lo que necesitaba justamente hablar con alguien de eso?**

Es que a mí me lo dijo, “yo lo voy hacer, voy a conversar con usted” y todo. No volvió. Yo la llamé después, me llamaba ella porque estaba enferma, al final era una resistencia (creo yo).

**E: Al final hablaban solamente para no juntarse.**

Bueno y la otra fue mi primera paciente, que también venía por duelo, y la traté como 6 sesiones, que fue mi primera paciente.

**E: Harto.**

Fue mi primera paciente, avanzamos harto yo creo con ella, pero se fue.

**E: Pero se fue y no te llamó más?**

Aviso que no iba venir, y que iba a ir al psiquiatra y ahí yo sentí, un golpe.

**E: Pensaste de ella: “Sabe que estoy sintiendo que necesito pastillas porque lo que estoy haciendo con Ud. no es suficiente para mi algo así?”**

No, o sea es que yo vi el avance... Pero ella traía como esa impresión de siempre, que tenía un amigo psiquiatra.

**26) E: Y cuántos pacientes han desertado, tienes idea más o menos?**

Al principio varios, o sea 2 ó 3. Voy a poner 3. Y ahora este último. Este que está en proceso de ... Pero esos 3 fueron al principio, y ahora me mantengo con los que tengo, porque ya no podemos tomar más pacientes.

**27) E: Con qué aspecto de tu vida personal relacionas la emoción o la sensación de la deserción ?**

Cuando yo fui paciente.

Por eso te digo yo que hago esta relación de que “yo me fui porque me sentía bien”. Pero yo pude haberle dicho al terapeuta que me sentía bien, y no po, yo me fui no más.. Porque el proceso de deserción está tan escondido, está tan mal mirado que...

**E: Tú te fuiste antes porque ya te sentías bien pero no le dijiste nada, no volviste?**

Exactamente nunca más volví.

Estuve en otro psicólogo también me fui porque no me gustó la persona. Por eso te digo, no me gustó la persona, no me gustó la mirada; o yo estoy bien, son razones válidas para mí.

28) E: Cuál es la importancia que tiene la deserción de los pacientes, en el contexto de la práctica?

He comprendido que es parte de esto..., como que no sé po, tu puedes salir tal vez con tus amigos (para pasarlo bien, algo esperable), y después puedes decir no la pase también. Pero no es más que eso (la deserción), no es algo malo. Ni bueno, si no que es parte de la vida, de la experiencia.

Y en este caso sería parte de mi aprendizaje de práctica profesional, que sería más fácil si hubiera un trabajo en relación a la deserción.

29) E: Algo que quieras decir sobre este proceso de la deserción?

Qué bueno que “la deserción” se esté trabajando, y ojalá que se naturalice más.

Que no se encuentre con la sorpresa cuando llegue a la práctica, que desertan pacientes, y uno no cacha nada.

Uno podría decir que tal como va entrar un paciente, sea natural que también se puede ir. Que depende de la voluntad del paciente, uno cree “que solamente tienen que estar”, y pueden –perfectamente- “**no querer estar**”. Este tema se esconde. Uno se preocupa durante el proceso, pero no cuando ya no está.