



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

**PERCEPCIÓN SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN EL CONTEXTO  
CLÍNICO POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA,  
PERTENECIENTES AL CAPS DE LA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS, SEDE  
VIÑA DEL MAR.**

Seminario de Título para Optar al Título de Psicólogo

**Autor:**

Lic. Matías Ramón Leiva Vargas

**Profesor guía:**

Mg. Ps. Boris Cajas Luna

Viña del Mar, Chile

2017

*Dedicatoria:*

*Dedicado a mi madre, quien fue el pilar fundamental que incentivó mis deseos de estudiar esta hermosa carrera, y que, gracias a su compañía y esfuerzo de lunes a domingo, de que sus hijos llegásemos más lejos de lo que ella llegó profesionalmente, hoy en día podrá decir: ¡Tarea Cumplida!...*

*Agradecimientos:*

*Agradecer profundamente mis logros a; mi madre, quien con su esfuerzo y resiliencia me demostró que frente a toda adversidad de la vida es importante luchar por nuestras metas y anhelos, enfrentar las cosas por su nombre y anteponer la educación por sobre todo, lo cual me ha hecho la persona que hoy en día soy. Agradecer a mi padre por transmitirme cualidades de altruismo y de atención a mi entorno. Agradecer a mi hermano, por su apoyo y cariño. A mi abuela, por sus gestos y preocupación, sobre todo en mi período de práctica profesional. A mi pareja por su manera de amar, por ser muchas veces un salvavidas y entenderme hasta en los momentos más difíciles de mi vida. A mis mascotas por su compañía desde que cada uno de ellos entró en mi vida. Por último, agradecer a mis compañeros de pre-grado y de tesis, excompañeros de la Universidad del Mar, colegas y docentes de la Universidad de Las Américas, que han sido realmente significativos en mi proceso formativo a lo largo de los 5 años de pre-grado, quienes en su totalidad contribuyeron en lo que soy hoy en día vocacional y profesionalmente.*

*Gracias a mi familia, ¡los amo!...*

## CONTENIDOS

RESUMEN .....	6
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPITULO I .....	10
1. Planteamiento del problema.....	10
1.1. Antecedentes del problema.....	10
1.1.1. Justificación del problema. ....	13
1.1.2. Relevancia de la investigación.....	15
1.1.2.1. Relevancia práctica. ....	15
1.1.3. Delimitación del estudio. ....	16
1.1.3.1. Delimitación espacial.....	16
1.1.3.2. Delimitación Temporal .....	16
1.1.3.3. Delimitación del Universo .....	17
1.1.3.4. Delimitación del contenido.....	17
1.1.4. PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.1.4.1. Proyecciones a nivel académico. ....	18
1.1.4.2. Proyecciones a nivel personal.....	19
1.1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	20
1.1.6. Pregunta de Investigación.....	21
1.1.7. Objetivos de la Investigación.....	21
1.1.7.1. Objetivo general de la investigación.....	21
1.1.7.2. Objetivos específicos de la investigación. ....	21
CAPITULO II.....	22
2. Marco Teórico.....	22
2.1. Marco conceptual.....	22
2.1.1. Psicología Clínica y Psicoterapia.....	22
2.1.2. Adherencia terapéutica.....	28
2.1.3. El Cliente. ....	31
2.1.4. El psicoterapeuta.....	32
2.1.5. Setting o Encuadre. ....	33
2.1.6. Vinculación o Rapport .....	36
2.1.7. Empatía en la terapia.....	36
2.1.8. Contratransferencia.....	38
2.1.9. Autocuidado en la terapia .....	38
2.1.10. Neutralidad del terapeuta .....	38
2.1.11. Dificultades en la terapia .....	39
2.1.12. Importancia de la formación académica y práctica.....	40
2.1.13. CAPS: Centro de Asesoría y Atención Psicosocial .....	41
2.1.13.1. Características del Centro. ....	41
2.1.13.2. Estructura .....	42
2.1.13.3. Cobertura y/o Sector de radio que atiende.....	42
2.1.13.4. Características Físicas.....	43
2.1.13.5. Estructura Organizacional.....	43
2.1.13.6. Servicio de formación clínica en el CAPS.....	44

2.1.13.7.	Estándares Técnicos Psicología Clínica.....	45
2.1.13.8.	Proceso de Ingreso. ....	45
2.1.13.9.	Intervención Psicología Clínica .....	46
2.1.13.10.	Cierre, alta o derivaciones.....	46
2.2.	Marco Referencial.....	48
CAPITULO III.....		49
3.	Marco Metodológico.....	49
3.1.	Paradigma investigativo.....	49
3.2.	Metodología de la Investigación.....	50
3.3.	Tipo y características del estudio.....	51
3.4.	Diseño de Investigación.....	51
3.5.	Universo, población, muestra, fuentes de información.....	51
3.6.	Instrumentos de recolección de datos. ....	52
3.7.	Técnicas de recolección de datos.....	53
3.8.	Criterios de Inclusión Muestral.....	56
3.8.1.	Delimitación cualitativa de la muestra.....	56
3.8.2.	Criterio de inclusión y exclusión de la muestra. ....	56
3.8.3.	Determinación del tamaño y composición de la muestra. ....	56
3.9.	Criterios de cientificidad.....	57
3.10.	Técnica de análisis para el tratamiento de los datos. ....	58
3.11.	Procedimiento. ....	60
3.12.	Consideraciones Éticas de la investigación. ....	61
CAPITULO IV.....		63
4.	Presentación de los resultados .....	63
4.1.	Descriptivos: .....	63
4.2.	Categorías .....	65
4.2.1.	Categoría: El terapeuta.....	65
4.2.2.	Categoría: El vínculo .....	71
4.2.3.	Categoría: Dificultades en la práctica.....	74
4.2.4.	Categoría: La práctica .....	78
4.2.5.	Categoría: El espacio terapéutico.....	81
4.2.6.	Categoría: CAPS y espacio de supervisión.....	87
CAPITULO V.....		93
5.	Discusión Interpretativa .....	93
5.1.	Categoría 1. El terapeuta.....	93
5.2.	Categoría 2. El vínculo .....	96
5.3.	Categoría 3. Dificultades en la práctica .....	98
5.4.	Categoría 4. La práctica .....	99
5.5.	Categoría 5. El espacio terapéutico.....	100
5.6.	Categoría 6. CAPS y espacio de supervisión.....	101
CONCLUSIONES .....		103
BIBLIOGRAFIA .....		110

## RESUMEN

En la presente investigación, se expone la percepción que poseen los alumnos en práctica pertenecientes al Centro de Atención Psicosocial (en adelante denominado con las siglas CAPS) de la Universidad de las Américas con respecto a los desafíos y a los recursos con que cuentan al momento de enfrentarse a las primeras instancias de atención de pacientes que ofrece el centro mismo. Para esto se utiliza un análisis de contenido que contempla la experiencia misma por parte de los alumnos en práctica, como también la visión de la directora y en este mismo caso Supervisora de casos clínicos del CAPS. Como metodología se utilizó el modelo cualitativo, bajo el paradigma fenomenológico, siendo un estudio descriptivo y transversal. El instrumento utilizado en el estudio fue un Guión de Preguntas ejecutado por medio de entrevistas semiestructuradas en un total de 4 grupos focales a los alumnos en práctica y una entrevista en profundidad a la directora del CAPS. Lo anterior con el motivo de conocer y analizar los relatos respecto a dichos fenómenos mediante una triangulación de información de; alumnos, directora e investigador. Entre los resultados más relevantes se destacan; la calidad humana y recursos que disponen los alumnos en práctica del CAPS, la aparición de dificultades a lo largo del proceso práctico y cómo las abordan, y por último la aparición de experiencias complejas dentro del espacio terapéutico. Siendo uno de los principales hallazgos, la gran cantidad de recursos con los que disponen los alumnos para realizar terapia en relación a la formación del vínculo con el paciente, como también, el constante apoyo y contención que realiza la supervisora del centro, en materia teórica como en el desarrollo personal de los terapeutas.

**Palabras claves: Recursos del terapeuta, Psicoterapia, Percepción del Vínculo, Práctica.**

## ABSTRACT

In the present research, it is explain the perception of the students in practice belonging to the Center for Psychosocial Care of the Las Americas University, regarding the challenges and resources they have when confronting the first instances of patient care offered by the center itself. For this, a content analysis is used that contemplates the same experience on the part of the students in practice, as well as the vision of the director and in this same case supervisor of clinical cases of CAPS. As methodology was used the qualitative model, under the phenomenological paradigm, being a descriptive and transversal study. The instrument used in the study was a question script executed through semi-structured interviews in a total of 4 focus groups to the students and practice and an in-depth interview to the CAPS director. The above with the reason to know and analyze the stories about these phenomena through a triangulation of information of; students, director and researcher. Among the most relevant results are highlighted; The human quality and resources available to students in the CAPS, the emergence of difficulties throughout the practical process and how they address them, and finally the emergence of complex experiences within the therapeutic space. Being one of the main findings, the great amount of resources available to students to perform therapy in relation to the formation of the link with the patient, as well as the constant support and containment that the supervisor of the center, in theoretical matters and personal development of therapists.

**Key words: Therapist resources, Psychotherapy, Linkage perception, Practice.**

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo lugar en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de la Universidad de las Américas, donde se contempló como población de estudio a los estudiantes en práctica de la carrera de Psicología, tanto de regímenes diurno como también vespertino. Lo anterior con el propósito de conocer la percepción que existe acerca de la práctica en el ámbito clínico por parte de los estudiantes en el CAPS, pudiendo así visibilizar de ésta manera un fenómeno contemplando en primer lugar la mirada de los estudiantes, como también la de la directora del centro, respecto a problemáticas y dificultades en distintos ámbitos; académico, personal y terapéutico.

El trabajo de investigación cuenta de un total de cuatro capítulos, además de discusiones interpretativas, conclusiones, proyecciones, limitaciones, bibliografía y anexos. Se detallan a continuación las ideas centrales de cada apartado.

Capítulo primero: Se destaca la problematización respecto de la percepción que existe por parte de los alumnos en práctica clínica, con respecto a los recursos y virtudes de los cuales disponen, como también las dificultades que aparecen en el mismo y el cómo han logrado sobrellevar las adversidades que aparecen en el camino de la psicoterapia.

Capítulo segundo: Se expone el marco teórico que ha servido de base a la investigación. Donde el desarrollo de aspectos teóricos y conceptuales entrega una fundamentación con respecto a la

conceptualización de términos ligados a la Psicoterapia, de los recursos y de aspectos propios del espacio psicoterapéuticos que emplea el terapeuta.

Capítulo tercero: Se detalla en este apartado, el paradigma que sustenta a la investigación, como también la descripción de la metodología Cualitativa. La investigación se focaliza en un estudio descriptivo que recurre a la entrevista en profundidad y focos grupales, como técnica de recolección de datos, amparada en un guión de preguntas, ambos validados por juicio experto. Se procede a utilizar una matriz de categorización para el proceso de análisis de datos.

Capítulo cuarto: Se exponen los principales resultados de la investigación. Resultados descriptivos presentados por el total de categorías y subcategorías generados en la matriz de categorización.

Respecto al apartado de conclusiones, éste comienza con las discusiones interpretativas de la investigación, luego las conclusiones respecto a los objetivos específicos planteados. Se hace mención de las proyecciones, limitaciones, para finalmente exponer bibliografía y anexos que posibilitaron la realización de la presente investigación.

## **CAPITULO I**

### **1. Planteamiento del problema**

#### **1.1. Antecedentes del problema**

Si bien la terapia psicológica es una instancia de comunicación, en donde el paciente trae un problema al que no encuentra solución, o bien un trastorno a la base, frente al cual se considera incapaz de sobrellevar, por la escasés de herramientas. Como también problemas de distintas índoles; familiar, amoroso, laboral, etc. Cada uno de estos problemas recae en el aspecto psicológico y/o emocional de la persona, afectando así su ritmo de vida y rutinas que anteriormente realizaría con normalidad. Es aquí donde el objetivo del terapeuta busca a través de la vinculación, intervenir con el uso de técnicas de trabajo en; pensamientos, sentimientos, sensaciones e ideas que tendría el paciente acerca de un problema determinado que le dificultaría solucionar su problema hoy en día. Por lo mismo, el paciente expone su historia al terapeuta de tal manera que se ve en la situación de compartir su confianza, permitiendo así la generación gradual de un vínculo terapeuta-paciente.

Hernández García, 2007. Explica que el proceso terapéutico es más un encuentro de acompañamiento hacia el propio conocimiento que, en primer término, facilita discernir. El terapeuta no está para obligar a cambiar, está para dar luces, para ayudar a “querer” el cambio. La terapia no es recibir y devolver transformado, es que el consultante transforme. La terapia no tiene como objetivo convencer a nadie, cada uno se convence a sí mismo en la medida en que trabaja con argumentos, ni imponer la manera de pensar ni de actuar o sentir.

Tal como afirma Foladori (2008), es en el espacio terapéutico donde surge la experiencia, junto a dificultades que permiten fortalecer aptitudes y habilidades para enfrentar la terapia de una manera eficiente. Por lo mismo parece importante estudiar éste proceso y la formación que tienen los estudiantes en práctica.

La práctica como experiencia terapéutica, entrega la posibilidad de desarrollar y potenciar habilidades en un proceso autoformativo. Proceso que dependerá en todo momento de cuáles son las herramientas con que cuenta el terapeuta en el escenario psicoterapéutico. Ante esto, resultaría interesante cuestionar lo siguiente; ¿Es imprescindible para los alumnos en práctica el uso de aptitudes personales en el escenario terapéutico?, o simplemente ¿Será cuestión de formación teórico académica las que definan la calidad en la praxis de los terapeutas que se encuentran a un paso de adquirir un rol profesional?

Junto a lo anterior planteado, con respecto al enfrentamiento del primer paciente en la terapia, ¿Se enfrentará con seguridad o aparecerán dificultades que lo lleven a cuestionamientos propios de la inseguridad de su ejercer?, ¿Estas inseguridades tendrán relación con algún problema de formación en los terapeutas en el ámbito académico? Si bien, la formación de pregrado entrega herramientas teóricas a los alumnos, ¿Será esto capaz de entregar confianza y/o determinación en los alumnos en práctica al momento de enfrentar a su primer paciente?

La aparición de dificultades en la práctica, forman parte de la experiencia y aprendizaje que construye el terapeuta en la vinculación con el medio, pero al momento de posicionarlos en el espacio terapéutico, ¿Se sentirán capaces de realizar su práctica luego de aprobar sus asignaturas teóricas?, ¿Qué tan complejo les resulta direccionar la terapia?, ¿Cómo perciben y trabajan la formación del vínculo con el paciente? Estas dificultades planteadas, ¿Se relacionarán con algún problema evidente en la formación de los terapeutas?

Otro punto no menos importante, resulta ser en la instancia de supervisión de los casos clínicos de los terapeutas en formación, ya que corresponde a uno de los puntos clave para el desarrollo práctico, este espacio brinda la oportunidad de diálogo reflexivo, desarrollo de estrategias de intervención y además genera la instancia de autocrítica frente al proceso, pudiendo así ir superando las dificultades que están vinculadas con el desarrollo clínico profesional. En este espacio, aparece la posibilidad de enfrentar sus emociones, creencias y conductas que surgen a la hora de interactuar con el paciente. Es por esto que el terapeuta tiene la posibilidad de entender el espacio de supervisión como un momento propicio para generar significados personales, donde surgirían cuestionamientos como; ¿Hacia dónde estaría llevando la terapia?, ¿Con qué sensaciones de enfrenta al realizar terapia?, ¿Qué cosas no toma en cuenta hoy en día, que dificultan el proceso que estaría sobrellevando? Cuestionamientos que se hacen necesarios para comprender la percepción y el desarrollo que adquiere a lo largo del proceso cada uno de los terapeutas.

### **1.1.1. Justificación del problema.**

En la actualidad, el Centro de Atención Psicosocial de la Universidad de las Américas, no cuenta con una visión en materia de percepción desde sus alumnos hacia el centro mismo y a la supervisión que tienen. Por otro lado, tampoco existe conocimiento crítico de la situación actual del centro, más que la escala de evaluación docente que contestan los alumnos por medio de una encuesta como cualquier otra asignatura, la cual solamente da cuenta del desempeño docente y no de un organismo psicosocial a servicio de la comunidad. La presente investigación se hace necesaria debido a la escasés de material que existe con respecto al significado y percepción que presentan los alumnos que realizan su práctica con el fin de abordar una identificación y una comprensión de los fenómenos que se generan al interior del CAPS, involucrando tanto la visión de los alumnos como también la de la directora del centro.

Estudios como el de Stiles, Shapiro y Elliott (1986) sugieren que en la psicoterapia se hace necesario dar énfasis a tres elementos; la alianza terpaéutica, los comportamientos del cliente o paciente y los factores del terapeuta. Siendo de gran importancia en éste estudio la comprensión de la percepción que tienen los alumnos en práctica en cuanto al proceso por el cual están experimentando en el CAPS.

Por otro lado, se hace necesaria la investigación, ya que, la instancia de supervisión que poseen los alumnos en prácica, si bien, les permite crecer y objetivizar el proceso que están llevando, da cuenta de la existencia de la necesidad de conocer en mayor profundidad los

procesos de los terapeutas, como también la necesidad de poner al día y actualizar la labor que tiene el Centro de Atención Psicosocial para los practicantes y para la misma Universidad de las Américas.

Tal como indican Orlinsky y Howard (1987), es necesario conocer ciertas variables que se incorporan en la labor de la práctica clínica, no se puede estar ageno a la realidad social, por lo que se hace necesario conocer el entorno que se involucra en el proceso práctico, como también las características de los pacientes que acuden al centro en el contexto organizacional; características del terapeuta, la disposición y el vínculo que ambos crean en el espacio terapéutico.

La importancia del rol del terapeuta referido por Lambert & Bergin (1993) recae en materia de generar importantes resultados en la vida del paciente, es pertinente replantear la idea de que la formación de un buen vínculo con el paciente, estaría por sobre los parámetros de los manuales de tratamiento que puedan existir. Haciendose necesario el conocimiento dela percepción que tienen los alumnos en práctica en cuanto a éste concepto, que sería el eje central de la terapia misma.

## **1.1.2. Relevancia de la investigación.**

### ***1.1.2.1. Relevancia práctica.***

Desde la mirada de los procesos clínicos que se encuentran trabajando hoy en día los terapeutas, se hace relevante y significativo aportar en ésta materia, tanto al equipo disciplinario, en aspectos académicos, como también para el Centro de Atención Psicosocial de la Universidad de las Américas. La presente investigación adquiere relevancia al entregar la oportunidad de profundizar en el fenómeno de los procesos clínicos en los que se encuentran cursando los alumnos en práctica. Para lo anterior es crucial focalizar la mirada en la percepción de la práctica misma, como también en la autopercepción que someterán a juicio, con el objetivo de profundizar no solamente con los procesos de manera teórico-técnica, sino que también poner la mirada sobre el terapeuta mismo; con respecto a sus desafíos, sus dificultades y el crecimiento personal que cada uno de los alumnos estaría incorporando en sus experiencias.

### ***1.1.2.2. Relevancia Social***

Se hace necesario mencionar que la presente investigación tiene la tarea de concientizar acerca de los procesos de los alumnos en práctica, especialmente a la directora del centro. Con el objetivo de profundizar en temáticas que permitan dimensionar la situación actual del centro para así trabajar con un foco más amplio en cuanto a las fortalezas y debilidades que existan, tanto a

corto como a largo plazo, de tal manera que se entregue un mejor servicio y con mayor calidad terapéutica a las personas que acuden al Centro de Atención Psicosocial de la Universidad de Las Américas.

### **1.1.3. Delimitación del estudio.**

#### ***1.1.3.1. Delimitación espacial.***

La presente investigación tuvo lugar en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de las Américas, sede Viña del Mar. Se dispondrá de salas para la posterior realización de Focus Groups y de la oficina de la Directora del CAPS para la realización de la Entrevista en Profundidad.

#### ***1.1.3.2. Delimitación Temporal***

La presente investigación se llevó a cabo, en su primera etapa, en el segundo semestre del año 2016. El primer acercamiento al campo de estudio, fue coordinar una reunión con la directora del Centro, con el propósito de entregar una propuesta investigativa con fines de generar aporte al Centro de atención mismo. Luego de esto se entregó la temática y los objetivos propios de la investigación.

El segundo momento de la investigación, se llevó a cabo durante el primer semestre del año 2017, donde se puso en conocimiento a la directora del centro acerca de la metodología que sustentaría al estudio y por otro lado, acerca del instrumento de recolección de datos, que se

aplicaría, tanto a ella, como a los alumnos en práctica. Pudiéndose así coordinar la entrevista en profundidad a la directora y los grupos focales a los alumnos en práctica pertenecientes al CAPS.

#### ***1.1.3.3. Delimitación del Universo***

La presente investigación está dirigida hacia los alumnos que se encuentren actualmente (Año 2017) realizando su práctica clínica, como también se tomará en cuenta a la directora del CAPS, para generar un análisis del fenómeno en mayor profundidad.

#### ***1.1.3.4. Delimitación del contenido***

En la presente investigación se pretende conocer acerca de temáticas que involucran los procesos terapéuticos como tales, pero sin dejar de lado a las sensaciones y dificultades con las que se enfrentan en el ámbito clínico los terapeutas en práctica. Temáticas que tendrían relación con el rol teórico-técnico y en cuanto a los recursos que toma el terapeuta en la terapia; si existe o no una vinculación entre paciente – terapeuta, entre otros.

## **1.1.4. PROYECCIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

### ***1.1.4.1. Proyecciones a nivel académico.***

En el ámbito académico fuera de lo que respecta a la supervisión en el área clínica del CAPS a los alumnos en práctica se hace necesario generar un análisis exhaustivo en materia de teoría. La calidad de la terapia que realice un terapeuta no depende solamente de sus habilidades blandas o humanas. Sin duda, gran parte de los resultados y avances en la psicoterapia dependen del vínculo que se genera con el paciente, pero por otro lado tenemos el vacío teórico que queda planteado tanto por alumnos en práctica como por la supervisora misma. Un vacío que se hace necesario de intervenir en materia de docencia con respecto a los procesos de aprendizajes que alcanza cada alumno al aprobar una asignatura que es de vital importancia para direccionar una terapia en materia técnica-teórica.

Concientizar de la necesidad de crear un espacio fuera de la supervisión donde los alumnos sean capaces de trabajar en conjunto, mediante la reflexión y el detalle de cómo direcciona cada uno sus sesiones en la psicoterapia. Cabe destacar que éste espacio existía anteriormente en Práctica I, pero que, de alguna manera, se intercambió por la posibilidad de supervisar los casos individualmente, y así generar un aprendizaje especialmente individual. Es por esto que lo alumnos en práctica adquieren una responsabilidad compartida en este tema, ya que no solamente depende del espacio que brinda la Universidad, sino que también de una mayor organización.

#### **1.1.4.2. Proyecciones a nivel personal.**

Entregar la posibilidad tanto a la Directora como a los alumnos en práctica del CAPS de poder realizar un conversatorio, con el propósito de entregar información a las nuevas generaciones que se vayan integrando en el ámbito práctico clínico, de tal manera que permita concientizar y a su vez disminuir los niveles de ansiedad que puedan existir en ellos frente a los nuevos desafíos que aparecerán en materia de psicoterapia, tomando en cuenta tanto los aspectos del terapeuta como del paciente que accede a la atención.

Poder entregar un estudio reflexivo a los académicos de la Universidad, de tal manera de ponerlos al día en cuanto a los procesos de sus alumnos y el cómo utiliza sus herramientas para enfrentar la práctica en la psicoterapia. Pudiendo así entregar una visión más explícita de lo que perciben los alumnos pertenecientes al CAPS de la Universidad de Las Américas.

### **1.1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La población considerada para la aplicación del instrumento de guion de preguntas y posterior Focus group, presentó una desorganización por inasistencias, lo que conllevó de destinar la ejecución de 3 focus groups a finalmente 4 focus groups, debido a la inasistencia de alumnos en las primeras instancias.

Por otro lado, se habían contemplado 19 alumnos en práctica por la aparición de otro alumno que se integró al área clínica al ya haber comenzado la ejecución del instrumento. Finalmente, los 4 focus realizados, consideraron a 17 alumnos del total de la población, no afectando así a la investigación por el criterio de saturación de información que apareció alrededor del tercer focus group.

### **1.1.6. Pregunta de Investigación.**

¿Cuál es la percepción sobre la práctica profesional en el contexto clínico por parte de los alumnos de la carrera de Psicología, pertenecientes al CAPS de la Universidad de las Américas, sede Viña del Mar?

### **1.1.7. Objetivos de la Investigación.**

#### ***1.1.7.1. Objetivo general de la investigación.***

Conocer la percepción sobre la práctica profesional en el contexto clínico por parte de los alumnos de la carrera de Psicología, pertenecientes al CAPS de la Universidad de las Américas, sede Viña del Mar.

#### ***1.1.7.2. Objetivos específicos de la investigación.***

Profundizar en los recursos y virtudes terapéuticas que poseen los alumnos en práctica del CAPS de la Universidad de las Américas.

Comprender las dificultades que existen en el contexto terapéutico de los alumnos en práctica del CAPS de la Universidad de las Américas.

Describir las situaciones complejas que han vivido en el contexto terapéutico los alumnos en práctica del CAPS de la Universidad de las Américas.

## **CAPITULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1.Marco conceptual**

##### **2.1.1. Psicología Clínica y Psicoterapia**

“La Psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.”

Si nos remontamos a antecedentes históricos y a los orígenes de la Psicología Clínica, cabe destacar a Luis Vives (1492-1540) como anticipo a la denominada “psicología moderna”, puesto que la historia de la Psicología Clínica que aquí se presenta parte de su establecimiento formal, recorriendo así algunas instituciones que la han ido configurando. Otro antecedente años más tarde como establecimiento formal de la Psicología propiamente tal compete a la psicología experimental ya en curso, cuya fecha de aparición data de 1879 con la fundación del laboratorio de Wilhelm Wundt en la Universidad de Leipzig. Proporcionando un fragmento en el quehacer hasta la actualidad propio de la Psicología en materia de conocimiento científico experimental. Por lo que corresponde a una de las orientaciones más reconocidas del Psicólogo en el campo clínico. Así también, sumado a esto el interés por el estudio de las diferencias individuales hacia

el año 1885 con la apertura del primer centro para la medida mental, establecida por Francis Galton y que culminaría con el laboratorio de Alfred Binet en 1895.

Si nos remontamos a establecimientos formales de la primera Clínica Psicológica, la cual fue formada en Marzo de 1896 en la Universidad de Pensilvania, podemos decir que el pionero fue Lighner Witmer. No obstante, se habría de recordar que en éste sentido Sigmund Freud utilizó por primera vez ese mismo año el concepto de “Psicoanálisis” (quien ya ejercía en Viena desde 1886). Por lo que cabría proponer el año 1896 oficialmente como el establecimiento de la Psicología Clínica.

Años más tarde la Primera Guerra Mundial ha movilizado la construcción y aplicación de tests psicológicos y, también, el papel del psicólogo clínico. Por un lado, los psicólogos clínicos investigaron y teorizaron sobre los temas en cuestión, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia (por ejemplo, el papel de la herencia y el medio), las causas de los trastornos de conducta, los usos de la hipnosis, y la relación entre principios del aprendizaje y la desviación. Por otro lado, los psicólogos clínicos pasaron de considerarse a sí mismos más preocupados con los problemas educativos (que con los psiquiátricos), a adoptar las funciones de tratamiento añadidas a la evaluación, de entrenamiento reeducativo, y de investigación. En este sentido, se ha de decir de nuevo que la función terapéutica se centró en sus inicios en la clínica infantil, conjuntando así las tareas de diagnóstico y tratamiento. En esta asimilación del tratamiento por el psicólogo clínico contribuyó también el prestigio alcanzado en el uso de los tests de personalidad tales como, por ejemplo, el Rorschach y el TAT (Tematic Apperception

Test), que permitieron un lenguaje común entre el psicólogo (diagnosticador) y el psiquiatra (terapeuta).

Según aumentaba su número y se ampliaban sus funciones, los psicólogos clínicos (junto con otros psicólogos aplicados) se sintieron descontentos con el apoyo recibido por sus colegas de la APA, mayormente académicos y científicos, de modo que se constituyeron en 1937 en una organización separada, la American Association of Applied Psychology, para ocho años después reintegrarse de nuevo en la APA.

La cuestión es que al final de la década de 1930 el campo de lo que sería la moderna Psicología Clínica ya se había organizado con sus seis actividades principales, a saber, la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, el asesoramiento, y la administración. Para entonces los psicólogos clínicos se han extendido más allá de sus clínicas originarias a los hospitales, las prisiones, y otros lugares, y tanto con adultos como con niños.

En la Segunda Guerra Mundial se derivaron 40.000 personas a los hospitales neuropsiquiátricos de la Veteran Administration (VA) en EE.UU., lo que supuso de nuevo un impulso a la consolidación de la Psicología Clínica. Puesto que los psicólogos clínicos existentes fueron insuficientes, la VA se adelanta a la APA y los departamentos de las Universidades en la definición y capacitación requerida para el ejercicio de la psicología clínica. Concretamente, un documento de la VA de 1946 definió la psicología clínica como una profesión que implicaba el diagnóstico, el tratamiento, y la investigación relativos a los trastornos de los adultos. Para ello el psicólogo clínico habría de poseer el grado de Doctor (PhD). Esta instigación de la VA (junto también con el Servicio de Salud Pública de EE.UU.), para que la APA y las Universidades

definieran los programas de formación en psicología clínica, dio lugar en 1947 a un comité encargado de diseñar las directrices a seguir. Este comité (David Shakow's Committee on Training in Clinical Psychology) tenía encomendado recomendar el contenido de los programas, establecer los criterios de entrenamiento a tener en cuenta por las Universidades y los servicios de formación en régimen de residencia, y evaluar e informar sobre los programas en curso.

Las tres principales recomendaciones del informe Shakow para el entrenamiento clínico fueron las siguientes:

1. El psicólogo clínico sería formado antes que nada como psicólogo (y por tanto como científico) y contando con ello como profesional práctico.
2. El entrenamiento clínico sería tan riguroso como lo pueda ser la formación en áreas no clínicas de la psicología, lo que supone el establecimiento de unos criterios estándar de postgraduación.
3. El contenido de la preparación clínica se centraría en la evaluación, el tratamiento y la investigación.

Esta propuesta para la formación del psicólogo clínico, el así llamado 'modelo de Boulder' en razón del lugar de la Conferencia que en 1949 lo asumió, fue el patrón seguido en adelante. Este ha sido el modelo seguido, ciertamente, sin perjuicio de otros replanteamientos (con sus conferencias programáticas también) que conciernen sobre todo a la proporción del contenido científico y del papel investigador con que se figura al psicólogo clínico. En todo caso, este desarrollo e implantación de la Psicología Clínica como profesión tuvo su reconocimiento legal, así como también dispuso de su código ético.

El ejercicio de la psicoterapia proporciona un cierto grado de desarrollo y satisfacción emocional para el terapeuta. A muchos, esto les parece una de las motivaciones más atractivas para elegir ésta profesión (Goldberg, 1986; Guy, Stark y Poelstra, 1987; Marston, 1984)

Meehl (1960) Describía la psicoterapia como <<el arte de aplicar una ciencia que todavía no existe>>. Por lo que más adelante la preocupación de esclarecer una definición para la psicoterapia se haría urgente e involucraría una opinión desde la experiencia de muchos psicoterapeutas para la posterior construcción del concepto. Por consiguiente, se entiende el grado de interpretación personal que puede surgir con respecto a éste concepto. Consideraremos como psicoterapia según Feixas 1993, a sólo aquellos tipos de influencia caracterizados por las siguientes definiciones:

1. Una persona que cura, capacitada y socialmente autorizada, cuyos poderes curativos son aceptados por el que sufre y por su grupo social o por una parte importante de él.
2. Una persona que sufre que busca alivio en la persona que cura.
3. Una serie de contactos circunscritos, más o menos estructurados, entre la persona que sufre y la que cura, por medio de los cuales el que cura, a menudo con la ayuda de un grupo, intenta producir ciertos cambios en el estado emocional, las actitudes y la conducta del que sufre. Todos los implicados creen que estos cambios le ayudarán. Aunque pueden utilizarse accesorios físicos y químicos, la influencia curativa se ejerce principalmente por medio de palabras, actos y rituales en los que el que sufre, el que cura y el grupo, si existe, participan conjuntamente (Frank, 1961)

Según Strupp (1976) en Feixas y Miró (1993), la psicoterapia sería: “Un proceso interpersonal destinado a promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que han resultado problemáticas para el individuo que busca ayuda de un profesional entrenado”.

“Debemos tener en cuenta que en la psicoterapia existen factores que pueden afectar al terapeuta como tal, cabe destacar, un ingreso variable, del que no se puede depender, un intenso aislamiento, la fatiga emocional, la frustración derivada de interacciones sumamente intensas con gente perturbada y exigente, las graves responsabilidades éticas y legales, la crítica pública del campo de la salud mental, las dudas secretas sobre la eficacia de la terapia y muchos otros aspectos negativos asociados con la práctica psicoterapéutica a veces van a detrimento de ella.”

(James.D. Guy 1995)

### **2.1.2. Adherencia terapéutica**

Existen diferentes términos para referirnos acerca de lo que es ‘‘Adherencia’’, los que pueden ser; cumplimiento, cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Si nos referimos en primera instancia al cumplimiento, encontramos que la definición que propone Haynes, como ‘‘el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincida con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario’’

Por otro lado, si buscamos el significado del término Adherencia, encontraremos que existe un cuestionamiento por el restringido alcance de lo que quiere abarcar el concepto como tal, haciendo referencia al cumplimiento u obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud a cargo, atribuyendo al enfermo un rol pasivo ajeno e incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones que se hacen en terapia.

Por otra parte, Karoly, considera que ésta sería una definición técnica con importantes deficiencias ya que:

Tiende a ser unidimensional. Las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de las múltiples posibilidades que pueden existir en relación con el cumplimiento.

Está centrada en el profesional de la salud y en un modelo de salud, básicamente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.

Es reduccionista, sólo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos como, por ejemplo, las motivaciones del paciente.

Los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. Se supone que el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos a su vida, aceptando la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

Por otro lado, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables.

Por eso la importancia de estudiar la adherencia a los tratamientos trae consigo varios motivos. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no. En efecto, las bajas tasas de adherencia comunicadas, parecieran apoyar la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento. Por ejemplo, el National Heart, Lung and Blood Institute señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos. Martín y Grau informan que, en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a

20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría a 45%. Cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente. Por ejemplo, para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1, se han encontrado tasas de no adherencia cercanas a 50%<sup>4,5</sup> y además, se ha informado una relativa independencia entre los elementos pilares de la terapia, lo que significa que en parte los adolescentes diabéticos tipo 1 tienden a adherir más o menos bien a la dieta, al ejercicio o a la insulina terapia sin que el cumplimiento de uno implique el de los otros.

Por otra parte, si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad y costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez (por ejemplo, el costo asociado al tratamiento de la hipertensión y sus complicaciones representó 12,6% del gasto total de atención de salud en Estados Unidos de Norteamérica en 1998).

### **2.1.3. El Cliente.**

Los clientes corresponderían según Feixas 1993 a las personas que “Presentan algún tipo de malestar, dificultad o trastorno, lo suficientemente importante en sus vidas como para tener un deseo consciente de cambio”.

El cliente tendría las siguientes características:

4. Antes de acudir a psicoterapia, seguramente habrán buscado otros recursos (amigos, médicos, familiares, etc.).
5. Son personas que normalmente pueden manifestar conflictos en sus relaciones con los demás.
6. Estas personas suelen presentar síntomas como ansiedad, desesperanza, insomnio, etc., sin ser conscientes de ello y sin control de los mismos.
7. Se crean expectativas poco realistas en relación con la terapia, buscando “soluciones” a sus problemas por parte del psicoterapeuta. Strupp y Buller (1999) aconsejan esforzarse por entender de relación psicoterapeuta como una ayuda o apoyo para que cambien por sí mismos.
8. La consciencia de que el paciente por sí mismo no puede resolver la situación, provocando algunos sentimientos de incapacidad.
9. El inicio de la psicoterapia puede provocar ansiedad, ya que se desconoce en nuestra cultura estos procesos psicoterapéuticos.
10. Según Carli (1987), existen enfoques terapéuticos donde se incluye un análisis de la demanda, es decir, ver por qué un cliente inicia un tratamiento.

#### **2.1.4. El psicoterapeuta**

Para Tyler, existen características propias de un buen psicoterapeuta, las cuales resultan ser imprescindibles a la hora de realizar la psicoterapia:

En primer lugar, se encontraría que el psicoterapeuta debe contar con un nivel intelectual adecuado para poder manejar conceptos abstractos, de tal manera que permita la posibilidad de adecuarse al lenguaje del paciente. En segundo lugar, declara que debe existir una estabilidad emocional que les permita entender al fenómeno o situación que trae a sesión el paciente, de tal manera que no entorpezca el proceso como tal. En tercer lugar, Tyler denomina una falta de rigidez mental, permitiendo así al psicoterapeuta entender el fenómeno de distintas perspectivas y no dejarse llevar por sesgos del terapeuta. En cuarto lugar, refiere que debe poseer la capacidad de introyectar sus fallas, conflictos y limitaciones, los cuales ayudan a conocer y a enfrentar problemas a futuro de mejor manera. En quinto y último lugar, refiere que resulta importante que posea actitudes positivas hacia sí mismo, como también hacia los demás.

Según Rogers, las condiciones imprescindibles del proceso terapéutico son 3; La primera consiste en Aceptación positiva e incondicional del cliente, sin caer en sesgos ni prejuicios, simplemente aceptarlo tal cual es él y su problema. La segunda, tiene relación con la capacidad y nivel de comprensión empática que el terapeuta posee para abordar a sus pacientes, la cual resulta ser muy importante al momento de conectarse con el otro desde la primera instancia de psicoterapia. En tercer y último lugar, cabe mencionar una congruencia interna y autenticidad del

terapeuta, en donde se reflejan en su máximo esplendor las herramientas y recursos que caracterizan al terapeuta de otro, como también el buen uso de una corriente teórica.

### **2.1.5. Setting o Encuadre.**

Según Feixas y Miró (1993), se trata del conjunto de reglas fijadas por el terapeuta para hacer viable la psicoterapia. Incluye honorarios, duración, frecuencia de las sesiones, lugar donde se realiza, vacaciones y cualquier otro detalle que afecte al desarrollo de la psicoterapia.

Encuadre interno según la actitud del psicoterapeuta en diferentes modelos:

- Modelo psicoanalítico: El psicoanalista mantiene una actitud neutral y de reserva que ayuda al proceso transferencial.
- Modelo humanístico-existencial: Destaca la calidez personal, empatía, consideración positiva y autenticidad del terapeuta.
- Modelo conductual: Se acentúa en el terapeuta como objeto de modelamiento y reforzador de conductas adecuadas.
- Modelo cognitivo: Es una relación de guía orientador.
- Modelo sistémico: Supone una posición de equidistancia en relación con las posturas de los distintos miembros de la familia.

Según Horacio Etchegoyen: “El encuadre supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar.” Poniendo así sobre la mesa los límites y

protocolos con los que se cuenta en la terapia, como también dando cuenta del consentimiento informado del paciente, de tal manera que se involucre en la terapia. Siguiendo con Horacio Etchegoyen, en el comentario sobre los Escritos técnicos de Freud, subraya lo que Freud decía “que sus consejos se ajustan a su forma de ser, pero pueden variar”, y abre una discusión interesante: la de la diferencia entre el estilo y la técnica al interior del Setting.

H. Etchegoyen, habla del setting como ‘continente’, necesario para el establecimiento del proceso analítico, ya que consistiría en englobar la terapia bajo acuerdos entre el terapeuta-paciente.

Winnicott define el setting como «la suma de todos los detalles de la técnica». Destacando así la importancia de generar un ambiente que, a partir del desafío de ser terapeuta, permita ejecutar la técnica con efectividad.

José Bleger habla del encuadre como “un ‘no proceso’ en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso.” (...) “El encuadre correspondería a las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las variables. (...) Y sólo lo citamos para que se comprenda que un proceso sólo puede ser investigado cuando se mantienen las mismas constantes (encuadre).” (...) “Es así que dentro del encuadre psicoanalítico incluimos el papel del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica (en la cual se incluyen el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.)”.

Bleger, en el artículo citado, estudia las relaciones entre encuadre y proceso. Se propone estudiar la función del encuadre, “su significado psicoanalítico”, cuando se mantiene en condiciones “idealmente normales”. Analiza así el encuadre como una institución. “En este sentido el encuadre es mudo, pero no por ello inexistente.

Freud, 1912 dice: “esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a enfermos y a las tareas por solucionar.”

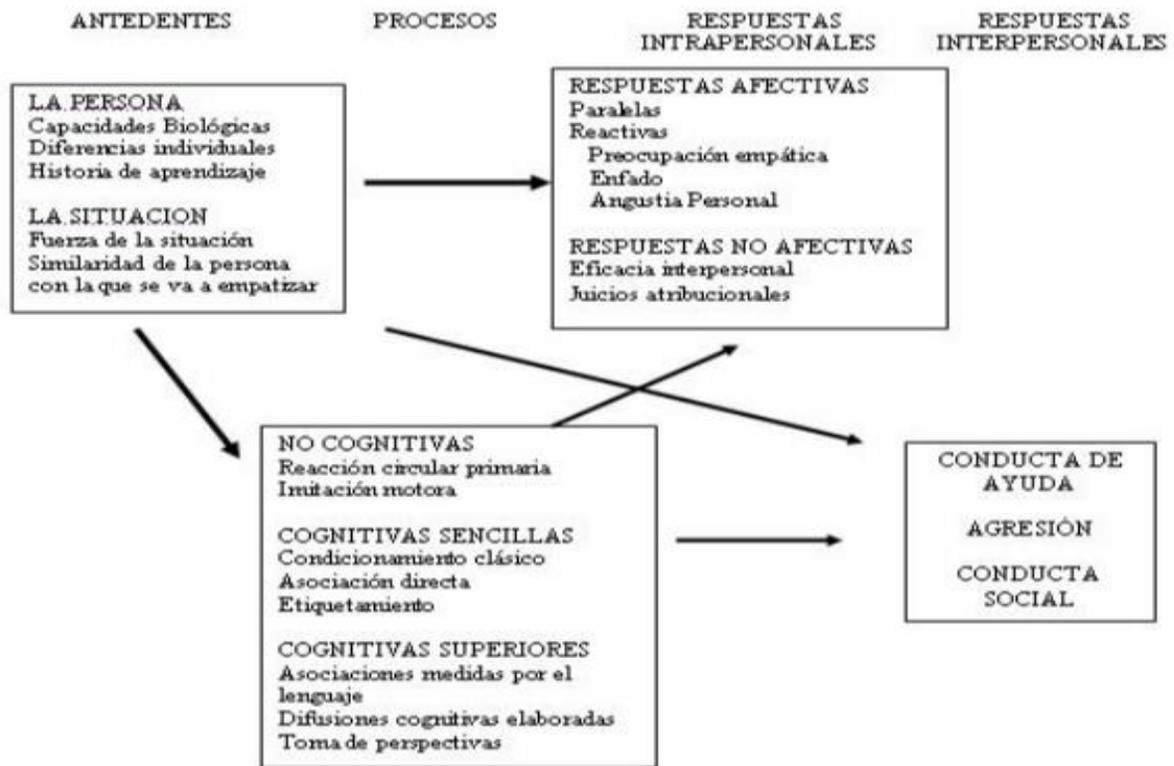
### **2.1.6. Vinculación o Rapport**

Cualesquiera que sean las quejas presentes, las personas también traen a terapia sus cualidades y fortalezas que pueden ser utilizadas para resolver sus problemas. Por lo tanto, una tarea fundamental de un tratamiento es identificar los recursos del cliente y fomentar su uso, no sólo para resolver problemas, sino de forma más general con el objetivo de lograr una vida sana y próspera. Este enfoque equilibrado conllevará el establecimiento del rapport con el psicólogo y fomentará la confianza de sus clientes.

En un estudio, Santibañez, Román y Vinet (2009) afirman que la vinculación del paciente con el terapeuta en la psicoterapia se entabla y se fortalece en las primeras 5 sesiones con los pacientes, posteriormente dejando en evidencia que el margen que existe de no crear un vínculo con algún paciente desciende a mínimas probabilidades.

### **2.1.7. Empatía en la terapia**

De la lectura de los textos freudianos se puede entender la Einfühlung (empatía) como prerequisite para la posibilidad de concebir los estados mentales de otro y, por supuesto, como prerequisite en el contexto del tratamiento. Término acuñado por Davis (1996) por ‘Sentirse dentro de’, entendiéndose también como la comprensión de los sentimientos de los otros. Para esto Davis plantea el siguiente modelo, en el cual se toman en cuenta; antecedentes de un suceso X, los procesos que éstos generan respuestas intrapersonales e interpersonales, traducidas en el concepto de Empatía.



1

Una de las críticas más fuertes hacia éste modelo consisten en que no se toma en cuenta la experimentación de una preocupación empática frente a una angustia personal del otro.

Teóricos como; Eisenberg, Carlo, Murphy y Van Court, 1995; Eisenberg, Zhou y Koller, 2001; Hoffman, 1987; Holmgren, Eisenberg y Fabes, (1998), definen a la empatía como una reacción emocional elicitada y congruente con el estado emocional del otro, y que es idéntica o muy similar a lo que la otra persona está sintiendo o podría tener expectativas de sentir.

<sup>1</sup> Modelo Organizacional de Davis (1996).

### **2.1.8. Contratransferencia**

Según Roudinesco: «Un proceso constitutivo de la cura psicoanalítica, en virtud del cual los deseos inconscientes del analizante concernientes a objetos exteriores se repiten, en el marco de la relación analítica, con la persona del analista, colocado en la posición de esos diversos objetos»

Heimann define el término así: «La contratransferencia del analista es, no sólo parte esencial de la relación analítica, sino que es la creación del paciente. Ella es una parte de la personalidad del paciente» (1950)

### **2.1.9. Autocuidado en la terapia**

Puede entenderse la práctica de Autocuidado como la ejecución de actividades que las personas inician y hacen por sí mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (Tapia & Iturra, 1996).

### **2.1.10. Neutralidad del terapeuta**

Neutralidad es un adjetivo que se dice de quien no participa de ninguna de las opciones en conflicto. A partir de esta definición podemos afirmar que el ser neutral implicaría una serie de sinónimos a la base como por ejemplo; igualdad, equidad, justicia, desinterés. De esta manera, la neutralidad implicaría ser imparcial, el o prevenido, quien no toma partido de una situación.

Tomando en cuenta lo anterior podemos decir que la neutralidad en el contexto terapéutico sería una cualidad del terapeuta, la cual le ayudaría en su ejercer con el compromiso de poner sobre la mesa el conflicto de la persona desde una perspectiva que no separa lo bueno de lo malo, sino más bien de la realidad actual en el presente.

### **2.1.11. Dificultades en la terapia**

Existen diferencias respecto de quién define, describe y califica las dificultades (paciente, terapeuta, observador externo), ya que para estos tres actores hay una relación distinta figura-fondo y se pueden hipotetizar diferentes distinciones e intereses (Herrera & Araya, 2007; Muran, 2002). Así es como algunos investigadores se concentran en el paciente, con términos como: "resistencia", "reactancia", "refusa", "paciente difícil", etc. (Beutler et al., 2002), mientras otros han puesto el foco en el terapeuta, hablando de "contraactuación" o "errores técnicos" (Kottler & Blau, 1989). Especialmente en los últimos años se ha puesto el énfasis en aspectos relacionales, los cuales involucrarían al terapeuta con una responsabilidad en el guiar de la terapia, acuñándose conceptos tales como "ruptura de la alianza", "impasse", "incomprensiones", "desencuentros", etc. (Safran & Muran 2000).

Cuando aparece la frustración en la terapia. Con respecto a los obstáculos del cambio relacionados con los terapeutas, se destacan emociones contratransferenciales que generan estos tipos de pacientes, tales como; rabia, frustración, pena, aburrimiento, impotencia y desgaste.

### **2.1.12. Importancia de la formación académica y práctica**

Las prácticas profesionales y la construcción de conocimiento profesional en psicólogos son consideradas como una de las formas de conocimiento intermedias entre el conocimiento cotidiano y científico. La comparación del conocimiento científico con el cotidiano requiere atender a "las peculiaridades epistemológicas de las ciencias sociales, de los conocimientos técnicos y de los saberes profesionales, en los que podemos encontrar tanto un saber más académico y disciplinar como un saber-hacer tácito" (García,1997,p.65).

Schön (1998) refiere a la ambigüedad de la palabra "práctica". Señala que en algunas ocasiones ésta remite al tipo de cosas que se hacen, al tipo de personas que involucra dicho hacer, a la variedad de casos que supone. Pero también alude a una actividad experimental o repetitiva mediante la que se intenta incrementar una competencia. A partir de esto el autor piensa la práctica profesional como la actuación en una variedad de situaciones profesionales. A veces dicha actuación incluye elementos de repetición.

La estabilidad de la práctica conlleva un saber cada vez más tácito, espontáneo y automático, más especializado. Muchas veces un alto grado de especialización conduce a una limitación de perspectiva. En estos casos la reflexión puede hacer emerger y criticar las comprensiones tácitas dando un nuevo sentido a las situaciones. "Cuando un profesional reflexiona desde y sobre su práctica, los posibles objetos de su reflexión son tan variados como los tipos de fenómenos ante él y los sistemas de saber desde la práctica

que él les aporta. Puede reflexionar sobre las normas y apreciaciones tácitas que subyacen en un juicio, o sobre las estrategias y teorías implícitas en un modelo de conducta. Puede reflexionar sobre los sentimientos respecto a una situación que le ha llevado a adoptar un curso particular de acción, sobre la manera con la que ha encuadrado el problema que está tratando de resolver, o sobre el papel que ha construido para sí mismo dentro de un contexto institucional más amplio" (Schön, 1998, p. 67).

### **2.1.13. CAPS: Centro de Asesoría y Atención Psicosocial**

El CAPS de la Universidad de Las Américas, en la Quinta Región, funciona en la ciudad de Viña del Mar a partir del año 2008, desde ese año, hasta el 2012, las instalaciones se encontraban asentadas en un edificio anexo a las instalaciones de la Universidad, y desde el año 2013, fue trasladado, junto con gran parte de las carreras a la sede de Los Castaños, ubicada en calle 7 Norte 1348. (Figura 1). A comienzos del año 2014, el CAPS fue nuevamente trasladado a un edificio independiente de la Universidad, ubicado en la calle 5 Norte #1395 esquina 7 Oriente.

#### **2.1.13.1. *Características del Centro.***

Según el tipo de Organización el CAPS se puede clasificar desde dos aspectos principales, según los fines que persigue y su grado de formalidad.

En lo que a sus fines se refiere, cabe señalar que esta institución es un organismo sin fines de lucro, pues sus servicios de atención psicosocial son entregados a la comunidad sin ningún tipo de cobro.

En el ámbito de la formalidad, se puede definir al CAPS como una organización formal, pues cumple con criterios fundamentales para entrar en dicha definición, como lo son: el poseer una estructura y sistema oficial de atención en donde se estipula el proceso para la toma de decisiones y la comunicación entre los diferentes actores que se interrelacionan en el proceso de intervención (Dirección CAPS, Secretaría CAPS, Docentes Supervisores área Psicológica y Social, Estudiantes en práctica Psicología y Trabajo Social).

#### **2.1.13.2. Estructura Jurídica.**

El Centro de Asesoría y Atención Psicosocial (CAPS), de la Universidad de Las Américas, sede Viña del Mar, es una organización privada sin fines de lucro, dependiente de la Universidad de Las Américas, que otorga de manera integral, atención y servicio profesional Psicológica y Social a los habitantes y organizaciones de la Región de Valparaíso. (Compendio grupal CAPS, 2013).

#### **2.1.13.3. Cobertura y/o Sector de radio que atiende.**

Abarca las Provincias de Valparaíso, Marga Maga, Petorca y Quillota. Según datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2012), estas provincias comprenden una población total de 1.263.728 habitantes, del total país.

#### **2.1.13.4. Características Físicas.**

El Centro de Asesoría y Atención Psicosocial (CAPS), de la Universidad de Las Américas, sede Viña del Mar, cuenta con dependencias apropiadas para el desarrollo de las labores comprometidas; estas se encuentran distribuidas en dos niveles. En el primero de ellos existen 6 box de atención a pacientes, todos ellos cuentan con mobiliario acorde con las necesidades básicas de atención, como lo son escritorios, sillas y una buena iluminación, también existe una sala de espera, en la que además se encuentra ubicada la secretaria/recepcionista. En el segundo nivel, existen 5 box también destinados a la atención de pacientes, uno de los cuales cuenta con un diván para la realización de diferentes técnicas de intervención psicológica y una sala de reuniones.

#### **2.1.13.5. Estructura Organizacional.**

##### **a) Misión**

“Construir un espacio de formación práctica en psicología en el cual se entrenen activamente las competencias laborales de estudiantes o licenciados en Psicología de Universidad de Las Américas”.

##### **b) Objetivos Organizacionales**

###### **- Objetivo General**

“Realizar acciones en el Área de la salud mental y el desarrollo de personas y organizaciones, incluyendo acciones de promoción, prevención, tratamiento y consultoría, dirigida a personas, grupos, instituciones y organizaciones pertenecientes a la red beneficiaria”.

- Objetivos Específicos
- “Ofrecer servicios de atención psicológica a personas, grupos e instituciones de la red beneficiaria”.
- “Asesoría para el diagnóstico, intervención y desarrollo de organizaciones educacionales, laborales y sociales”.
- “Prevenir, promover, intervenir e investigar problemáticas relacionadas con la salud mental”.
- “Establecer vínculos de recíproca colaboración con los diversos agentes de la comunidad”.

#### **2.1.13.6.      *Servicio de formación clínica en el CAPS***

El servicio de psicología clínica contempla la formación y la realización de actividades de diagnóstico, y de desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas. Las labores de diagnóstico contemplan el desarrollo de entrevistas y la aplicación de pruebas psicológicas, y las intervenciones psicoterapéuticas se encuentran orientadas y basadas desde los principales enfoques científicos de la disciplina incorporados en la malla y formación de la escuela de Psicología de UDLA.

El marco de acción puede llevarse a cabo con intervenciones a nivel individual, familiar o grupal, y contempla un quehacer técnico y ético en el que el Psicólogo en Práctica actúa bajo supervisión. La supervisión implica la realización de asesoría, enseñanza y/o evaluación respecto del aprendizaje de técnicas consistentes con la disciplina y el modelo Escuela de Psicología de

UDLA. Supervisión del proceso personal del estudiante, lo que incluye componentes éticos y afectivos del alumno.

#### **2.1.13.7.      *Estándares Técnicos Psicología Clínica.***

El servicio de Psicología Clínica brindado por CAPS de UDLA contempla procesos de ingreso, diagnóstico, intervención y alta o derivación, alineados y consistentes con la formación de pregrado realizada en los cuatro años de formación básica.

#### **2.1.13.8.      *Proceso de Ingreso.***

El ingreso de consultantes a los CAPS, posterior a la derivación de una institución en convenio con el CAPS o al ingreso autogestionado, en el caso que el supervisor lo determine, se podrá requerir que el ingreso se efectúe bajo condiciones de supervisión. Un objetivo de esta primera entrevista es la generación de una orientación respecto de un posible tratamiento. En la medida que se establezca un acuerdo entre las partes respecto de la pertinencia, técnica y procedimiento de atención de parte del psicólogo y asistencia del paciente, éste último procederá a firmar un acuerdo de consentimiento. Casos de especial consideración para el ingreso como pacientes corresponde al de alumnos de psicología UDLA, sus familiares, cuadros psicóticos, psicopatías o perversiones y drogodependencias. Estos ingresos requerirán autorización especial del supervisor y supervisión frecuente. Cuadros psicóticos y drogodependencias deberán requerir de modo adicional la participación paralela en controles psiquiátricos.

Con el objetivo de resguardar la confidencialidad del proceso terapéutico, la atención psicológica en CAPS de alumnos de psicología de UDLA sólo podrá realizarse en CAPS distintos a los de la sede de origen.

Pacientes en curso de proceso judicial se encuentran excluidos de atención en CAPS: Ej. Paciente infantojuvenil en situación de vulneración de derechos y deben ser derivados a la red pública disponible. En el caso que un paciente ya ingresado a atención psicológica en CAPS pase a ser parte de un proceso judicial se deberá informar oportunamente a la Dirección de Práctica con el objetivo de analizar medidas a seguir.

#### **2.1.13.9.      *Intervención Psicología Clínica***

Consiste en consultoría desarrollada desde enfoques y técnicas reconocidos dentro de la psicología como disciplina científica y que han sido considerados y abordados en el proceso de formación de pregrado. El licenciado se encuentra en condiciones de cubrir necesidades de consultoría clínica en niños y adultos, en modalidad individual o sistémica, ante casuística vinculada a trastornos emocionales, de neurosis, psicosis, conductas adictivas, etc. Las intervenciones se encuentran a cargo de alumnos en práctica que reciben supervisión de parte de profesionales altamente calificados en el ámbito de la psicología clínica. En conjunto ambos gestionan el proceso de consultoría clínica dirigido y aceptado por el paciente. (Compendio grupal CAPS, 2013).

#### **2.1.13.10.      *Cierre, alta o derivaciones***

El alta o mantenimiento en tratamiento depende de criterios técnicos. La derivación se encuentra sujeta a criterios técnicos de resorte del equipo y a criterios administrativos dependientes de los ciclos y procesos del CAPS. Al término del periodo de prácticas los pacientes deben ser derivados en caso que sea pertinente la continuación del tratamiento. Cada licenciado podrá extender las atenciones a sus pacientes una vez terminado su proceso de práctica previo análisis con el supervisor y coordinador CAPS.

Aquellos casos que involucran antecedentes de riesgo vital deben ser derivados a atención psiquiátrica, manteniéndose el seguimiento de parte del licenciado. (Manual de Buenas Prácticas, Universidad de Las Américas, (s.f.)

## **2.2.Marco Referencial**

Estudios como el de Foladori, (2008) arrojan que en Chile existiría un mayor aprendizaje terapéutico de los estudiantes en práctica. Instancias que abrirían la posibilidad de instalar grupos de operativos como espacios de reflexión en diversas universidades del País, como lo sería en la presente investigación, la cual abarca al CAPS de la Universidad de las Américas. Estas instancias permitirían focalizar los procesos primarios terapéuticos en el manejo de ansiedades que aparecerían en las primeras atenciones de los pacientes, específicamente en las primeras entrevistas clínicas. Resultado del espacio de reflexión, se lograría abordar con menor confusión la terapia y con mayor seguridad en los recursos y habilidades del terapeuta.

Otro estudio que cabe mencionar corresponde al de Santibañez, Román y Vinet (2009), donde se investigó la efectividad de la Psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica, arroja que los terapeutas en formación en el ámbito práctico clínico, son capaces de entablar y sostener un vínculo a lo largo de las primeras 5 sesiones con un paciente, manteniendo así la motivación de los pacientes y la fluidez del proceso, que muchas veces sería de larga duración. Por otra parte, ésta investigación sostiene que los terapeutas en formación tendrían la capacidad de dirigir procesos psicoterapéuticos, lo cual se reflejaría en una rapidez en la recuperación y mejora del paciente con respecto a su salud mental. Por último, los resultados evaluados de la investigación sostienen que independientemente del nivel de formación de los terapeutas, los pacientes evaluarían de manera positiva la alianza que se crea con el psicoterapeuta.

## **CAPITULO III**

### **3. Marco Metodológico**

#### **3.1.Paradigma investigativo.**

Para Rodríguez y García (1994) la investigación fenomenológica sería entendida como la explicación que el investigador, desde una intencionalidad, expone frente a una realidad determinada. Es por esto que se define como un tipo de descripción de significados vividos existenciales, que procuran explicar distintos significados en los que nos encontramos inmersos en nuestra vida cotidiana.

La presente investigación está realizada bajo los parámetros de un paradigma fenomenológico, el cual permite indagar múltiples realidades y fenómenos que aparecerán en la descripción y el relato de los participantes. En este caso tanto de los terapeutas en práctica, como del supervisor encargado en el área clínica. Todo dentro de márgenes de la subjetividad de los individuos sujetos a la participación del presente estudio.

Según Pérez Serrano 2007, mediante este se puede comprender y conocer desde un nivel más personal, los motivos y creencias que se encuentran detrás de las acciones de las personas.

### **3.2. Metodología de la Investigación.**

El tipo de metodología corresponde a una investigación cualitativa, la cual mediante la; descripción, comprensión e interpretación de los fenómenos nos permitirá saber acerca de las percepciones y significados acerca de la práctica profesional en base a la experiencia de los participantes. Para LeCompte (1995), éste tipo de investigación podría entenderse como "una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y vídeo cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos".

Taylor & Bodgan, (1990, pág. 23), la describen como aquella investigación que genera datos descriptivos, desde las palabras de las personas, ya sean habladas o escritas y por medio de la conducta observable.

Para realizar la investigación cualitativa, Denzin y Lincoln, 1994, definen el proceso en 4 fases:

- Fase Preparatoria: Donde se realiza el proceso de investigación y el diseño. Esta fase es reflexiva.
- Trabajo de Campo: Acceso al campo, recogida de datos.
- Fase Analítica: Reducción de datos, deposición y transformación de datos, obtención de resultados y verificación de conclusiones.
- Fase Informativa: Elaboración del informe de investigación.

### **3.3.Tipo y características del estudio.**

El presente estudio consta de un estudio de caso instrumental, donde el caso pueda servir para comprender sus propios fenómenos o relaciones, permitiendo así la realización de estudios posteriores que sugieran programas de intervención distintos, permitiendo la discusión y elaboración de decisiones diferentes, por lo que se sitúan en el nivel de toma de decisiones. Seleccionando así al CAPS de la UDLA como un espacio de práctica terapéutica, dando lugar a la comprensión de los significados y percepciones de los practicantes en el área clínica.

### **3.4.Diseño de Investigación.**

La presente investigación tiene un diseño, no experimental, descriptivo y transversal. Esta investigación es de tipo no experimental transversal, respecto a esto: Monjes Carlos, (2010), señala que, en este diseño no experimental, no se construye ninguna situación, se observan las situaciones existentes y no hay una intencionalidad en el proceso de desarrollo y es de tipo transversal ya que los datos se recogen en un solo momento, en un tiempo único. Es una Investigación Descriptiva Evaluativa, la cual implica; una descripción, explicación y juicio.

### **3.5.Universo, población, muestra, fuentes de información.**

Monjes Carlos 2011, define que la muestra es representativa cuando esta refleja o es representativa de la población de donde proviene, es de esta forma que los resultados pueden ser

aplicables o inferibles a la población. Es por esto que se convoca a los practicantes de distintos regímenes para abarcar la totalidad de terapeutas involucrados en el proceso de práctica clínica.

El tipo de muestreo que se utilizará es el intencional que se caracteriza por no elegir a los sujetos al azar, sino con alguna forma intencional. De esta forma se cumplirán los criterios de inclusión de esta investigación. Es por esto que la presente investigación tiene como objetivo abarcar a los alumnos en práctica que actualmente se encuentren realizándola en el CAPS de la UDLA.

Debido a que se realizó una convocatoria de tipo voluntaria, dentro de los criterios que pudiesen existir, cabría mencionar a los alumnos que se encuentren actualmente realizando su práctica en el CAPS.

La modalidad que se utilizará para elegir a los sujetos será mediante el muestreo teórico, Ruiz (1996), que define cómo más que preocuparse por el número de participantes se preocupa de recoger la información más relevante para el estudio, el muestreo teórico finaliza cuando se llega a un nivel de saturación en la información recogida.

### **3.6. Instrumentos de recolección de datos.**

La presente investigación consta de un guion temático validado por dos expertos, con el fin de realizar una Entrevista en profundidad a la Directora y 3 Focus groups a los estudiantes en práctica del CAPS, UDLA.

Se construyó el instrumento a partir de los objetivos fijados en esta investigación, que será validado a través de juicio de expertos. Contará con la aprobación de 2 jueces expertos, ambos con Magister en Psicología Clínica y actualmente trabajando en su área.

Para Hernández, Fernández y Baptista (1.998) “la validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que quiere medir”. Se tomarán en cuenta las recomendaciones de los expertos en la materia para realizar de ser necesario, los cambios correspondientes al cuestionario a aplicar a la muestra en estudio.

Pérez, G. (2007), define la fiabilidad como la posibilidad de replicar el estudio, esto significa que un investigador que usa el mismo método que otro logra los mismos resultados.

En esta investigación se utilizará la fiabilidad sincrónica que implica la semejanza de la observación en un mismo tiempo.

La Validez según Sampieri (2010), tiene que ver con que el instrumento a utilizar mida realmente lo que se pretende medir.

### **3.7.Técnicas de recolección de datos.**

La entrevista (Pérez Serrano, 2004) puede definirse como una conversación entre dos personas, celebrada por iniciativa del entrevistador con el fin específico de obtener alguna información importante para la investigación que se realiza. Se llevará a cabo una entrevista en

profundidad con la Directora del CAPS, Ps. Ximena Cárcamo R. Con el objetivo de triangular información acerca de la percepción que tiene acerca de los terapeutas en práctica del CAPS.

Se realizarán 3 Focus Groups de 5 terapeutas cada grupo con un total de 15 personas, a las cuales se les expondrá una serie de temáticas relacionadas directamente con el ejercicio terapéutico y a su vez entregando información acerca de la experiencia terapéutica en el CAPS de la UDLA.

Por un lado, con respecto a la entrevista en profundidad Taylor & Bogdan (1990, pág. 101), señalan que las entrevistas en profundidad, están muy ligadas a la observación participante, en un principio es un proceso lento, hasta poder generar un rapport entre el entrevistado y el entrevistador. Iniciando este proceso con preguntas directivas, para conocer lo que es importante para el entrevistado, antes de profundizar en las preguntas directamente relacionadas con la investigación.

“La técnica cualitativa se orienta hacia la entrevista abierta, que permite al entrevistado responder de acuerdo con su experiencia personal, en sus propias palabras”. (Galindo, 1998, pág.161).

Según Hernández (2006, pág. 62), en la entrevista semiestructurada, se realiza un guion de preguntas abiertas no estandarizadas.

Por otro lado, Sampieri 2014, (pág,408-410) refiere con respecto a los grupos de enfoque que éste sería una especie de entrevista grupal, en la cual mediante la reunión de un grupo con determinadas características se busca indagar contenido experiencial con la ayuda de un moderador, que es quien plantea las preguntas. Los tipos de preguntas pueden ser estructuradas, semi-estructuradas. En éste caso, el guion temático para la ejecución del Focus Group es de tipo semi-estructurado, queriendo decir que, al momento de exponer determinadas temáticas, si una de estas lleva a otra pregunta que no vendría siendo la siguiente, se continúa de todas maneras. Más allá de hacer la misma pregunta a varios participantes, su objetivo es generar y analizar la interacción entre ellos y cómo se construyen grupalmente significados (Morgan, 2008; y Brbour, 2007).

En ésta técnica de recolección de datos, la unidad de análisis es el grupo (lo que expresa y construye) y tiene su origen en las dinámicas grupales, muy socorridas en la psicología. Se reúne a un grupo de personas para trabajar los conceptos, las experiencias, emociones, creencias, categorías y sucesos o los temas que interesan en el planteamiento de la investigación.

Existe una diferencia entre las dos técnicas a utilizar en el instrumento de guion temático y se entiende como (Ellis, 2008), el centro de la atención del Focus Group es la narrativa colectiva, a diferencia de las entrevistas, en las que se busca explorar detalladamente las narrativas individuales, como por ejemplo lo que se realizará con la Directora del CAPS de la Universidad de las Américas.

### **3.8. Criterios de Inclusión Muestral.**

#### **3.8.1. Delimitación cualitativa de la muestra.**

La población de la presente investigación está conformada por el número total de alumnos que se encuentran actualmente realizando su práctica en el CAPS de la Universidad de las Américas. Dentro de la muestra se incluye a la directora del CAPS.

#### **3.8.2. Criterio de inclusión y exclusión de la muestra.**

##### a. Criterio de inclusión

- Alumnos que se encuentren realizando su práctica en el área clínica del CAPS, pertenecientes a los regímenes Diurno y Executive.
- Directora y supervisora clínica de los procesos de práctica del CAPS.

##### b. Criterio de exclusión

- Alumnos que se encuentren realizando su práctica en el área clínica en otros centros o instituciones.
- Docentes que no tengan mayor vinculación con el CAPS de la Universidad de las Américas.

#### **3.8.3. Determinación del tamaño y composición de la muestra.**

Considerando que la muestra del estudio está determinada cualitativamente, ésta se conformaría por todos alumnos que se encuentran actualmente realizando su práctica en el área

clínica en el CAPS de la Universidad de las Américas, los cuales, si sumamos los alumnos pertenecientes a los 2 regímenes, daría un total de 18 alumnos, más la inclusión de la Directora del CAPS.

### **3.9.Criterios de cientificidad.**

Desde el criterio de cientificidad cualitativo (López, 2006) podemos decir que lo fundamental es el contexto de descubrimiento a través de la consideración de los aspectos psicológicos y sociales que aparecen en el proceso de desarrollo de hipótesis y comprobación de resultados, dándole una posición destacada al sujeto y a la subjetividad.

Monjes (2011, pág. 154), define la cientificidad como el logro de la transparencia del investigador, esto quiere decir, llevando sistemáticamente y de la forma más completa e imparcial las notas en el proceso de recolección de datos, mediante la triangulación de las fuentes, que implica comparar la concordancia de datos obtenidos durante el proceso.

Según Krause y Pérez (1994), se desarrollaron los siguientes criterios de cientificidad, la densidad y profundidad en la descripción de hallazgos, aplicabilidad, utilidad, transparencia, contextualización, intersubjetividad, que debe estar presente en los procesos de construcción, de la interpretación y de la comunicación, representatividad de los sistemas categoriales, relacionados con los datos recopilados. Finalmente, el criterio de generalización, que es entendido como una abstracción conceptual del sistema teórico resultante de la investigación.

### **3.10. Técnica de análisis para el tratamiento de los datos.**

La técnica a utilizar en la presente investigación es el Análisis de contenido, el cual según (Pérez Serrano, 2004) consistiría en:

- Identificar, clasificar y describir las características de un mensaje.
- Obtener categorías de datos para clasificación, resumen y tabulación. Identificación de rasgos y valores.

Gómez (2000), define análisis de contenido como un método que intenta descubrir la significación de un mensaje, específicamente se trata de una forma de clasificar y/o codificar, los múltiples elementos de un mensaje y así darle un sentido a este. Es una técnica descriptiva, objetiva y sistemática de analizar el contenido de las comunicaciones, para poder interpretarlos.

Esta técnica cuenta con un modelo deductivo-inductivo para el análisis que está basado en pasos, propuesta por Mayring, citada por Cáceres (2003).

Estos son los siguientes:

Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación: antes de comenzar a trabajar con el contenido a analizar en primer lugar hay que definir la postura teórica, disciplinar o profesional del contenido.

1. Desarrollo del pre-análisis: es el primer intento por organizar el contenido y predomina el uso de la intuición. Este paso implica tres objetivos coleccionar los documentos del

contenido, formular guías de trabajo de análisis y establecer indicadores que den cuenta de temas presentes en el material analizado.

2. Definición de las unidades de análisis: corresponde a los segmentos del contenido en los cuales se realizara el análisis, es la información principal a procesar pero siendo ajustado a los requerimientos de quien analizara la información. la unidad de análisis que se utilizara será de base gramatical, donde se analizaran los vocablos y las frases.

3. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación: Estas reglas indican al investigador, cuáles son las condiciones para codificar y categorizar un determinado material. Los códigos resumen al conjunto de datos reunidos en una clase. Tanto las reglas como los códigos se presentan en los denominados “libros de códigos”, llamados así porque reúnen en un manual de campo, la información relativas las etiquetas y a las reglas desarrolladas para orientar la clasificación.

4. Desarrollo de categorías: Donde el contenido previamente codificado se ordena y clasifica de modo definitivo. Las categorías representan el momento en el cual se agrupa o vincula la información, paso primordial para establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas. Permite establecer la finalidad principal de trabajar con el contenido manifiesto, cerca de la información explícita, en tanto, en el caso de la interpretación, obtenida mediante las relaciones y que conforma, con su presencia supuesta, el contenido latente, esto es, el mensaje escondido en relato manifiesto.

5. Integración final de los hallazgos: síntesis final del estudio.

Además se utilizara el proceso de triangulación de información, que complementara la visión de los objetivos de esta investigación.

Posterior a la recolección de los datos se utilizará la triangulación de información, la cual refiere el autor Pérez Serrano 2011. Define la triangulación de información como la aplicación de dos o más métodos en la recolección de información, en el estudio de algún comportamiento humano, así se realiza un enfoque multimetódico, que presenta un contraste con el enfoque sencillo que es más susceptible a posibles errores.

Pereyra, Liliana (2007), refiere que la triangulación de datos es aquella donde los datos confrontados son provenientes de diferentes fuentes de información y se produce cuando hay concordancia o discrepancia entre las fuentes.

### **3.11. Procedimiento.**

El procedimiento se llevará a cabo, ordenado en 4 etapas formuladas por García y Rodríguez (1996):

Etapas 1.- Se realiza una reunión con la Directora del CAPS de la Universidad de las Américas, la Ps. Ximena Cárcamo Rojas, con el objetivo de plantear la propuesta investigativa y explicar en forma detallada las pretensiones del estudio, para así contar con su respaldo y afirmar la participación voluntaria de los alumnos que se encuentren actualmente realizando su práctica en el área clínica del CAPS. De ésta manera quedaría una fecha estipulada para una siguiente reunión y convocatoria a los practicantes.

Etapas 2.- Luego de la convocatoria a los alumnos en práctica del CAPS, se les entrega un consentimiento informado el cual deben firmar para hacerse partícipes de la investigación.

Etapas 3.- Se lleva a cabo la realización de la Entrevista en profundidad a la Directora del CAPS y se agenda la posterior realización de los Focus Groups correspondiente a los alumnos en práctica.

Una vez finalizado este proceso, se procederá a transcribir el material audio obtenidos en esta fase.

Etapas 4.- Se realiza un análisis detallado de los datos obtenidos, utilizando así el análisis de contenido, el cual permita alcanzar un abordaje global de la muestra en estudio. Por último, se categoriza la información recolectada para tener una descripción rigurosa del relato de cada uno de los participantes en la investigación.

Etapas 5.- Finalmente se realizan discusiones y conclusiones de la investigación de acuerdo a los datos obtenidos.

### **3.12. Consideraciones Éticas de la investigación.**

En esta investigación se aplicarán las normas éticas establecidas por el Colegio de Psicólogos.

- Norma ética de Honestidad y Sinceridad: “El psicólogo informará cuando sea necesario el caso, las implicaciones del manejo o exposición de la información obtenida, como asimismo el su uso de la misma para fines de la investigación o estudio. Requerida la aprobación del sujeto cuando corresponda”. (Colegio de Psicólogos de Chile, 2008).

- Normas éticas de Confidencialidad: “Se resguardarán los antecedentes del sujeto, constituye un deber para el psicólogo en cuanto deberá preocuparse de manejarlos mediante procedimientos y métodos que los resguarden del conocimiento de personas no autorizadas. El

psicólogo procurara que los antecedentes del sujeto sean confeccionados de una forma tal que se restrinja al máximo el conocimiento por terceros, de datos o información, que por su naturaleza le pueda procura un desmedro personal”. (Código de Psicólogos de Chile, 2008).

Según el código de ética profesional de Psicólogos de Chile (2011), en el artículo 15°, los aspectos relativos a la investigación están mencionados en los siguientes puntos:

- En el diseño y realización de las investigaciones, el psicólogo debe considerar las normas y criterios aceptados por la comunidad científica, con el fin de preservar el desarrollo de la psicología como ciencia.

- En el desarrollo de su trabajo como investigador, el psicólogo debe resguardar el bienestar y los derechos de las personas participantes.

## CAPITULO IV

### 4. Presentación de los resultados

#### 4.1. Descriptivos:

En el capítulo de metodología se describieron los pasos a seguir para la presentación de los resultados. Por consiguiente, se realizó un análisis de contenido de la información recabada, tras la aplicación del instrumento Guión de preguntas a 4 grupos focales y 1 entrevista en profundidad, todas semiestructuradas.

Para dar inicio a éste proceso, se entregarán los resultados correspondientes a la codificación y categorización, detallando el número de unidades de registro incluidas en su unidad de contexto. El segundo paso está relacionado con la presentación de la matriz de categorización, en donde se podrán encontrar las; categorías, subcategorías, unidades de registro y unidades de contexto obtenidas tras la aplicación del Guión de preguntas.

Para llevar a cabo el proceso de análisis de contenido, se procedió a la transcripción de cada uno de los grupos focales realizado a los alumnos en práctica del CAPS, incluyendo la entrevista en profundidad realizada a la directora del mismo. Donde se reconocen las unidades de registro, o unidades mínimas de significado, con sus respectivas unidades de contexto. Posteriormente seleccionando los temas según significados, contenidos y reiteración de los mismos.

Mediante este proceso de codificación y categorización de la matriz de categorización, se logró la identificación de 105 unidades de contexto, 107 unidades de registro consignadas en 6 categorías compuestas a su vez por 26 subcategorías.

## **4.2. Categorías**

A continuación, se presentan los procesos de categorización de los resultados en base a la matriz de categorización, contemplando lo siguiente; definición de las categorías, subcategorías y unidades de registro.

### **4.2.1. Categoría: El terapeuta**

En esta categoría se da a conocer información que aborda al terapeuta como tal en su totalidad, diferenciándose así en distintos aspectos: En la ayuda que presta el terapeuta al paciente para crear resonancia y autocuestionamientos, de tal manera que se puedan romper esquemas de tensión en el marco terapéutico, anteponiendo siempre el respeto y la integridad el otro. La aparición de aspectos personales, la humildad; la asertividad y la cercanía. Como también la edad y experiencia que otorgan mayor seguridad al momento de confrontar lo que están haciendo en el espacio terapéutico. Se destaca a su vez la prevalencia y limitación referida por los terapeutas con respecto a los dos grandes enfoques, que serían el Sistémico y el Cognitivo Conductual. Aparecen también, el manejo y la dificultad para separar la vida personal del espacio de trabajo. Por último, y no menos importante son las debilidades de los terapeutas, que se centrarían en el enfocarse más en los errores que en el explotar los recursos que poseen al momento de sentirse incapaces de resolver situaciones en la terapia.

Esta categoría se subdivide en 6 subcategorías, tomándose en cuenta las siguientes temáticas; Herramientas y habilidades, Experiencia y bagaje, Responsabilidad del terapeuta, Formación, Falencias y/o habilidades y Como poseedor del saber.

**4.2.1.1.Subcategoría: Herramientas y habilidades;** Esta subcategoría contempla características propias como recursos del terapeuta mismo. Estas características se enfocan en atributos personales destacables que reconocen los alumnos en práctica.

#### **Unidades de Registro:**

“ehmmm, **lo que es la escucha activa... emm... todo lo que es la connotación positiva...**"No, mira... lo que tú estás haciendo está bien. Hiciste esto y está bien...". Entonces como que él empezó a darse cuenta: "Ah no lo he hecho tan mal como padre..."” (FG1, 11-21)

“El mantenerte neutra, porque de repente tienes una perspectiva de un paciente por "x" motivos, y no tienes que quedarte con una sola visión. **La observación, el estar atenta al lenguaje verbal no-verbal...**” (FG4, 1938-1941)

“Habilidades... siento yo que, como... **habilidades más, más humanas**, puedo mencionar yo en éste minuto; que es como; la cercanía, la empatía, ehh” (FG3, 1479-1481)

**4.2.1.2.Subcategoría: Experiencia y bagaje;** Esta subcategoría se relaciona con implicancias que traen consigo la edad del terapeuta al momento de ejercer.

**Unidades de registro:**

“La habilidad es importante, pero la experiencia también... como... que **yo creo que esta es una de las profesiones, que los años nos otorgan mayor seguridad**” (FG3, 1550-1552)

“Tú sabes que pienso yo, con respecto un punto a favor nuestro, es que los executive (...) tenemos un punto a favor cuando llegamos a un paciente... de hecho **que nos vea adultos, "Hay un cierto grado de confianza que nos puedan tener"...**” (FG3, 1542-1545)

**4.2.1.3.Subcategoría: Responsabilidad del terapeuta;** En esta subcategoría se exponen aspectos éticos relacionados con el quehacer del terapeuta.

**Unidades de registro:**

“Yo, sabes que yo lo veo con la funcionalidad de uno. **Puedo tener conflictos personales, pero siempre he sido funcional**, y yo creo que tiene que ver con uno... Si tú logras separar tus roles, esto en el fondo pasa a ser como... es como cuando estás en el trabajo.” (FG3, 1795-1797)

“Entonces, **hay que tener mucho cuidado con lo que uno dice; cómo lo dice, cuándo lo dice.** Que eso es super importante porque las personas lo toman muy en serio” (FG3, 1597-1598)

**4.2.1.4.Subcategoría: Formación;** Esta subcategoría contempla aspectos propios del proceso académico que han vivido los practicantes.

**Unidades de registro:**

“entonces ahí uno tiene que ir teniendo variaciones, **incluso yo a veces tomo de otros modelos.**” (FG1, 81-82)

“En el fondo **nosotros que salimos con esta malla que es más generalista, no sé si está sirviendo tanto...** como para diferenciarse... no sé en que ayude eso a la universidad... debería ser más centrado, como lo hace la mayoría...” (FG2, 1427-1429)

“entonces, lo principal tiene que ver con eso... de **cómo articular el proceso desde una línea teórica que sea coherente,** y por otra parte cómo yo me voy manejando con esto que me pasa en cada una de las sesiones...” (D, 2512-2516)

**4.2.1.5.Subcategoría: Falencias y/o Debilidades;** Esta subcategoría contempla dificultades relacionadas con el desempeño y habilidades del terapeuta en práctica.

**Unidades de registro:**

“Relacionadas con el autocuidado, que se sienta bien... que tenga una vida bien.... **en medida que tengo mayor... mayores dificultades, voy a interferir en mi trabajo como terapeuta también**” (D, 2643-2645)

“Aparte que **al principio, también tú no sabes si lo estás haciendo bien o mal, y tenís como miedo.**” (FG4, 2028-2031)

**4.2.1.6.Subcategoría: Como poseedor del saber;** Esta subcategoría contempla una visión subjetiva de cómo se ven a sí mismos los terapeutas en práctica.

**Unidades de registro:**

“No... y en el espacio terapéutico, todo lo que se diga, o sea, **el paciente te lo cree porque, está frente a una persona, que se supone, sabe más y que te va a ayudar**” (FG3, 1595-1597)

“Sí, si bien el ser Licenciado en Psicología, todavía no tiene un peso. Pero **para una persona que no entiende, el que le digan que eres Licenciado en algo, yo creo que le da mayor seguridad.** Y el hecho de que ellos vengan voluntarios a pedir, eso hace que no nos cuestionen mucho.” (FG3, 1826-1829)

#### **4.2.2. Categoría: El vínculo**

En esta categoría se da a conocer información acerca de la formación del vínculo en el espacio terapéutico, tomándose en cuenta cómo percibe e identifica el terapeuta la formación de éste mismo de acuerdo a la experiencia que han tenido los alumnos en práctica. Se abordan temáticas como; el aspecto personal del terapeuta, el manejo del vocabulario y tecnicismos propios de la profesión. Por otro lado, la capacidad del terapeuta para poder disminuir ansiedades en el paciente al grado de generar una homeostásis al síntoma que éste trae a sesión. Se destaca la existencia de pacientes que asistirían solamente con el fin de sentirse contenidos y escuchados. También aparecen aspectos como la comunicación, tanto verbal, como no verbal, que permitirían al terapeuta conocer indicadores del estado de la formación del vínculo. Aparece la resistencia por parte del paciente ante la formación del vínculo, que se traduciría en el interés que tiene en asistir a la terapia, por ejemplo, en el caso de los niños que asistirían obligados por sus padres a sesión. Por último, aparecen aspectos relacionados con la inseguridad del terapeuta ante lo que estaría haciendo, dificultando de ésta manera la direccionalidad de la terapia.

Esta categoría se subdivide en 4 subcategorías, y contempla las siguientes temáticas; Identificación y formación, Signos positivos y negativos, Inseguridades, Adherencia.

**4.2.2.1.Subcategoría: Identificación y formación;** Esta subcategoría permite conocer el cómo el terapeuta percibe haber formado un vínculo.

### **Unidades de Registro:**

“cuando ven que uno hecha la talla, o, humanizamos el lugar éste... tan... box que... como que todo empieza a fluir mejor, y se genera un vínculo... y eso va generando de que la persona valla...” (FG1, 84-89)

“lo primero que yo me centro es que la persona tenga confianza... que se relaje, un buen rapport, así como, un vínculo de confianza importante” (FG1, 98-100)

**4.2.2.2.Subcategoría: Signos positivos y negativos;** Esta subcategoría permite conocer cómo es percibido el vínculo por el terapeuta y en qué aspectos del paciente se reflejan los signos.

### **Unidades de Registro:**

“Entonces, cuando se va, me da un abrazo... eso, por ejemplo... **siempre, por ejemplo, el saludo, y la despedida, son un indicador...**” (FG1, 236-237)

“de pronto, te pueden estar diciendo que sí, y resulta que **la postura es súper lejana, con los brazos cruzados, y serio**, entonces tu decís "Chuta, no me está pescando pa na', o sea....", No está escuchando...” (FG1, 160-162)

“Entonces, pareciera que en el desborde, **al dejarles libertad de tratar de sacar todo lo que tenían, ahí igual se produce un tipo de vínculo...**” (FG3, 1636-1638)

**4.2.2.3.Subcategoría: Inseguridades;** Esta subcategoría tiene relación con las dudas que aparecen con respecto a sí mismos de los terapeutas en el proceso de formación del vínculo.

**Unidades de Registro:**

“he tenido pacientes con... como, bien fuertes de carácter... como súper intenso... entonces tu quedai como "Ohh pero...qué estoy haciendo?..." y como decía... tú después tenis que tú mismo así como ir sancando... **pero no cachai si lo estay enganchando...**” (FG1, 113-118)

“Pero es que donde es práctica también... uno como que es más subjetivo, **como que estay buscando "en qué me voy a equivocar" ...**” (FG1, 217-218)

**4.2.2.4.Subcategoría: Adherencia;** Esta subcategoría tiene relación con la formación de un buen vinculo en el espacio terapéutico.

**Unidades de Registro:**

“es súper gratificante cuando el paciente... cuando hay (...) adherencia, así como... al tratamiento (Sí...) es super rico eso, pero se puede caer al otro lado que tu dices... genera dependencia...” (FG2, 688-690)

“A mí me pasa que hay una diferencia, como que con las sesiones con el adulto, yo creo que pasa más rápido.” (FG4, 2126-2127)

#### **4.2.3. Categoría: Dificultades en la práctica.**

Esta categoría tiene relación con las dificultades que aparecen en el proceso de atención al paciente, considerándose limitaciones tanto del paciente como del terapeuta.

Esta categoría se subdivide en 3 subcategorías, y contempla las siguientes temáticas; El paciente y su familia, Con el tiempo, Entrampamiento y frustración.

**4.2.3.1.Subcategoría: El paciente y su familia;** Esta subcategoría tiene relación con experiencias de los alumnos en práctica en la cual se presentaron dificultades para abordar al paciente y a su familia en el caso de atención infantil.

**Unidades de Registro:**

“encontraba que la mamá totalmente, emmm... **los problemas que tenía con su hija, era por ella... pero era muy difícil poder decírselo.**” (FG2, 891-892)

“**De repente como que los papás... de repente hay motivos de consulta de ellos,** y ahí se puede trabajar, y le das vuelta más menos al tema...” (FG2, 938-939)

“soy demasiada motivada... **como que quisiera "salvarlos"**... y eso no me corresponde, cachai, como que tengo que trabajarlo para ponerme en el lugar de que, finalmente no va a ser mi... no voy a ser su salvadora, ¿cachai?...” (FG1, 378-380)

**4.2.3.2.Subcategoría: Con el tiempo;** Esta subcategoría tiene relación con la percepción de los alumnos en práctica con respecto al tiempo destinado a la atención de cada paciente.

**Unidades de Registro:**

“Sí, entonces, ahí igual me sorprende, y digo que **me da lata cortarla, y siendo que está justo en el mejor momento de su historia** y yo como, pucha... nos pasamos una hora y media... Ahí es mucho... o sea, es como mucho...” (FG2, 1143-1145)

“Dentro de las más ansiosas que tenía... **siempre antes de irse ¡Tá!, me tira una bomba** (...) Siempre los pacientes que son dependientes y que quieren como dejar el síntoma ansioso... siempre te van a tirar una bomba"...” (FG2 1168-1171)

“A mí, lo que me ha pasado es que como que vas cerrando la sesión, **"Ya, ok, nos vemos tal día..."**, y después te siguen hablando” (FG1, 327-330)

“**Y yo sentía como para mí que eran como tres horas...** Y aparte que todos asustados... de que teníamos que regirnos por protocolo” (FG1, 310-311)

**4.2.3.3.Subcategoría: Entrampamiento y frustración;** Esta subcategoría tiene relación con la sensación de los alumnos frente a situaciones a las que no encuentran salida o se ven sobrepasados por el ejercer.

**Unidades de registro:**

“A mí me pasó la primera vez que **hice una entrevista la persona... y me parecía larga... y me regía por un cuaderno, y eso me generaba ansiedad...**” (FG1, 299-301)

““¿Cómo voy a trabajar con ésta niña?”, porque **a mí me complicaba, el hecho de que ella me contara que había sido dañada físicamente**” (FG1, 372-374)

**“cuando algo ocurre, o no ocurre como ellos querían o tenían planificado, se frustran... o se dan cuenta de que están frustrados...”** (D, 2716-2717)

**“al principio yo estaba así como frustrada, y no sabía qué hacer con él... Y llegaba así como de hasta mal humor así a mi casa”** (FG2, 1037-1038)

#### **4.2.4. Categoría: La práctica**

Esta categoría engloba distintas temáticas con respecto a la experiencia clínica como tal en la atención de pacientes. Considerando así la percepción de los mismos alumnos en práctica. Se destaca la aparición de los siguientes aspectos: El ser asertivos con el trato parental en terapia con niños/as, como también el manejo del discurso de los padres frente al niño/a, de tal manera que no interfieran en la expresión del niño/a. El ser tolerantes al momento de que aparezcan temáticas, como por ejemplo dogmas, como la religión y la importancia que ésta tendría para el o la paciente. También se hace frecuente la aparición de resonancias frente a temáticas como por ejemplo, el maltrato infantil o pacientes vulnerados de sus derechos. Por otro lado, el manejo con los tiempos en la terapia, que, según los terapeutas, éstos le traerían goce como también ansiedad por terminar la sesión. Por último, cabe mencionar que el estructurar en demasía la terapia, les traería ansiedad y frustración.

Esta categoría se subdivide en 2 subcategorías, las cuales corresponden a; Como proceso significativo y Limitaciones.

**4.2.4.1.Subcategoría: Como proceso significativo;** Esta subcategoría tiene relación con la asimilación del crecimiento a nivel psicoterapéutico que poseen los alumnos en práctica.

**Unidades de Registro:**

“la práctica es para eso... no es para equivocarse, pero **para ir estudiando, y darte cuenta de las habilidades**” (FG1, 342-343)

“y si ver si te gusta, sacarle el provecho, y cuando tú la sabes aplicar, **"Qué bonito es ver los resultados positivos de lo que tu estay aplicando en la Psicoterapia..."**” (FG3, 1529-1531)

“yo creo que esto ha sido como el encanto... te vay dando cuenta que te gusta la pega, porque, no... sí, es cansador...” (FG1, 134-135)

**4.2.4.2.Subcategoría: Limitaciones;** Esta subcategoría contempla limitaciones percibidas por los alumnos en el ejercer clínico terapéutico.

**Unidades de Registro:**

“Más temprano, porque aquí, lo que pasa es que. Muchas veces, uno está en cuarto y va a ver un paciente. Independiente de toda la teoría que uno ve... **el entrar tarde, también te genera un temor al compañero, a lo que puedan pensar, a tus habilidades.** Entonces, es importante...” (FG3, 1894-1897)

“pudiese, ya, pudiese ser muy teórica y muy bacán y te va estupendo... **pero en la práctica misma (...) me veo súper limitada en la parte teórica; en la parte de intervención...**” (FG2, 729-731)

#### **4.2.5. Categoría: El espacio terapéutico**

Esta categoría reúne aspectos experienciales del espacio terapéutico en relación al desarrollo de habilidades del terapeuta en práctica. Cabe mencionar la importancia que atribuyen al crecimiento y desarrollo personal al presenciar resultados positivos en la terapia, expresados en la mejora del síntoma con el que se presentó a terapia el paciente. Resultados que reafirman el desempeño que está logrando en materia de psicoterapia. Existe una importancia con respecto al rol de guiar al paciente y de psicoeducar en materia de reconocimiento de sus emociones. Se destaca el esfuerzo que compromete el trato con pacientes adolescentes, en donde los terapeutas reconocen la necesidad de sentir la vocación para poder trabajar con ellos, de lo contrario aparecería frustración en el proceso.

Esta categoría se compone de 6 subcategorías, las cuales corresponden a; Como crecimiento personal, Abordando al paciente, Temáticas frecuentes, El paciente y sus miedos, Transferencia y contratransferencia y El diagnóstico.

**4.2.5.1.Subcategoría: Como crecimiento personal;** Esta subcategoría tiene relación aspectos que enriquecen el ejercer del terapeuta como tal.

**Unidades de registro:**

“En el fondo el resultado es trabajar para el paciente... porque por eso **tú tienes logros y obtienes resultados, y que de alguna forma te retribuye en el tiempo por la dedicación que tú le diste** a ese paciente...” (FG2, 846-848)

“Hay una posibilidad, también super bonita, que también la trabajamos... super bonita que tenemos también en la terapia que es **a través de las experiencias de los otros, revisar nuestras propias experiencias...**” (FG2, 1119-1121)

“Cuando la persona sale bien, uno cree que lo está haciendo bien, la verdad, yo creo **que tiene que ver con el ego**, me imagino... tiene que ver con la confianza, más que los procesos...” (FG3, 1779-1781)

**4.2.5.2.Subcategoría: Abordando al paciente;** Esta subcategoría tiene relación con el manejo técnico de la terapia y el cómo los practicantes abordan la sesión como tal.

**Unidades de Registro:**

“Sí, yo creo que eso también, dejo eso como recurso... **dejo que hablen un poquito al principio, porque necesitan como descomprimir...** de sacar ehh... de repente como cosas chatarras...” (FG1, 276-278)

“A mí... me pasa que **tenía una paciente que no sabía reconocer sus emociones, ni cómo expresarlas...** entonces, no sabía cómo decir... entonces la profe dijo; "dale como las alternativas"... es como la lluvia de ideas que genera la X” (FG1, 137-139)

“Yo creo que, **no es que los pacientes sean verborreicos, pero la verdad, tienen una necesidad de ser escuchados.**” (FG3, 1703-1704)

**4.2.5.3.Subcategoría: Temáticas frecuentes;** Esta subcategoría tiene relación con los temas que aparecen con mayor frecuencia en el ejercer práctico clínico.

**Unidades de Registro:**

“A veces con **los adolescentes es como hablar un monólogo con sus respuestas...** pero, trato de hacerlo dinámico.” (FG3, 1748-1749)

“De hecho, de que vengan a esta, es porque **ellos están en conocimiento de que somos alumnos, o si no ellos pagan po.** Ellos no están en condiciones...” (FG3, 1841-1843)

**4.2.5.4.Subcategoría: El paciente y sus miedos;** Esta subcategoría tiene relación con cómo el paciente manifiesta sus miedos en el espacio terapéutico.

### **Unidades de Registro:**

“**hay mucha gente que le da vergüenza expresar lo que siente...** O contar las cosas... no pueden... les cuesta mucho...” (FG1, 144-145)

“**El paciente muchas veces deja de hacer consultas por el temor a quedar como ignorante.** Entonces, si uno habla en el mismo lenguaje. Es más espontáneo y fluido. Es más enriquecedora la consulta.” (FG3, 1875-1877)

**4.2.5.5.Subcategoría: Transferencia y contratransferencia;** Esta subcategoría tiene relación con aspectos que afectan tanto de manera positiva como negativa, tanto al terapeuta como al paciente.

### **Unidades de Registro:**

“Igual, **puede que tenga que ver con la transferencia** po y que tenga que ver con él, y que tú le recordís a la ex que se murió, por ejemplo...” (FG1, 213-214)

“mí contratransferencia en algún momento también fue como distinta... así como...loco... **me notaba rechazada, yo hacia el paciente... pero ellos no conmigo...**” (FG2, 679-681)

**“cuando son problemáticas, por ejemplo de abuso... sí te tocan la fibra, de alguna manera...”** (FG1, 344-345)

**“yo no atiende niños porque a mí me afecta, porque yo veo a mi hermana, mi hermana pequeña.”** (FG1, 412-413)

**“Entonces igual a mí me complica, emocionalmente, ver a un niño pasar por temas complejos. Es un reflejo de...es complicado”** (FG1, 426-427)

**“todavía no aprendo mucho a manejar esas emociones, porque yo me voy con el tema a la casa... y me doy vueltas y me voy pensando...”** (FG2, 1064-1065)

**4.2.5.6.Subcategoría: El diagnóstico;** Esta subcategoría tiene relación con el conocer el diagnóstico del paciente al cual se asigna a los alumnos en práctica.

**Unidades de Registro:**

**“Es que también tiene que ver como decía el X recién, con el tema de rotular... para uno, ya es como... a mí me provoca casi como que la persona es enfermo...”** (FG2, 1346-1347)

**“Yo pienso que el saber el diagnóstico es más beneficioso cuando tú haces la entrevista, y te quedas con el paciente... sí, porque tú ahí recopilas todo y tienes la**

**primera impresión de la persona**, y en cambio, cuando tú tienes a un paciente que está asignado y ya le hicieron la entrevista...” (FG4, 2233-2236)

#### **4.2.6. Categoría: CAPS y espacio de supervisión**

Esta categoría contempla la percepción que tienen hoy en día los alumnos en práctica del CAPS en relación a la supervisión clínica y a las necesidades que existen hoy en día en el centro mismo. Caben mencionar aspectos como; el apoyo y preocupación que sienten por la supervisora de práctica frente a los casos clínicos, el tener otra visión respecto al problema que no se estarían percatando, la necesidad de sentirse contenidos por la supervisión en materia de autocuidado, destacando el desarrollo personal en conjunto al desarrollo psicoterapéutico de cada uno de los terapeutas. Por último, la necesidad de reforzar los espacios de supervisión y de llevarlos a un nivel más masivo, propiciando de ésta manera el intercambio práctico con los demás terapeutas.

Esta categoría se subdivide en 5 subcategorías, las cuales son; Como apoyo personal, Como apoyo teórico y técnico, Como espacio de autocuidado, Protocolos del CAPS, Necesidades en el CAPS.

**4.2.6.1.Subcategoría: Como apoyo personal;** Esta subcategoría tiene relación con la percepción del espacio de supervisión y de los aportes que les genera esta misma a nivel individual el docente.

**Unidades de Registro:**

**“La verdad es que yo me siento súper apoyado,** a veces tiene poquito tiempo, pero obvio, que está a tope, pero la verdad es que en ningún otro lado yo me sentiría así...” (FG1, 225-227)

**“Ella tiene otra visión del problema que estás viendo... ella tiene otra perspectiva, entonces, te hace también abrirte un poquito más a la posibilidad de ayuda a con ese paciente...”** (FG3, 1576-1579)

**“En el fondo, el espacio de supervisión es necesario, se hace necesario porque ehh... yo creo que, son pocos los alumnos que estamos en práctica, que realmente estamos 100% seguros en el fondo de lo que vamos a hacer.** No por un tema de ignorancia, si no por un tema de inexperiencia.” (FG3, 1602-1605)

**“como que se te prende el foco, la ampolleta. Sí. Si, súper bien. Bien la profe como guía.** Yo encuentro que es lo máximo la verdad. Sí, es lo máximo tener una ayuda.” (FG1, 608-610)

**4.2.6.2.Subcategoría: Como apoyo teórico y técnico;** Esta categoría contempla aspectos propios de la formación del alumno en práctica llevados al espacio de supervisión en el desempeño terapéutico como tal.

**Unidades de Registro:**

“entonces, **lo principal tiene que ver con eso... de cómo articular el proceso desde una línea teórica que sea coherente, y por otra parte cómo yo me voy manejando con esto que me pasa en cada una de las sesiones...**” (D, 2514-2516)

“**con el tema de la supervisión, ya sé a lo que tengo que ir... y toda la sesión la manejo en eso, la preparo en la semana**” (FG1, 270-272)

“Y como te digo, **me sirve hacer eso, porque es súper fácil que te vayas por las ramas, hasta a nosotros nos pasa**” (FG1, 273-274)

““No, antes teníamos supervisión todos juntos"... y ahora **ha ido evolucionando en ese sentido... ya tienes una hora que es tuya, donde tú sabes que no va a haber otra persona que va a preguntar...** ”” (FG2, 783-785)

“Si hay alguien que se siente más inseguro, que no sabe cómo resolverlo tanto... que no ha tenido experiencia, **se asigna un menor número de pacientes, a modo que valla situándose en éste proceso (...)** pa que sea respetuoso con el proceso de aprendizaje **también...**” (D, 2497-2500)

**4.2.6.3.Subcategoría: Como espacio de autocuidado;** Esta subcategoría contempla por qué se hace necesario un espacio de supervisión relacionado con la temática de qué le sucede al terapeuta con la terapia y cómo lo sobrelleva.

**Unidad de Registro:**

“Entonces despue vai buscando como otro tipo de soluciones, o **uno conversa con otra persona, con los mismos compañeros aquí mismos; “no es que me pasó esto...” y ellos a lo mejor te brindan eso que, que te faltaba.”** (FG1, 434-436)

“Tengo otras sobrecargas pero no tienen que ver con la contención de...(risas) . **La contención la encontramos en nuestros compañeros también, nos hacemos terapia y todo.”** (FG1, 509-510)

“Entonces **hay situaciones que uno las necesita comentar apenas sale... tanto cosas buenas como cosas malas.** Por ejemplo, lo que me pasó...” (FG4, 2075-2077)

**4.2.6.4.Subcategoría: Protocolos del CAPS;** Esta subcategoría tiene relación con aspectos técnicos del CAPS para la atención de pacientes.

### **Unidades de Registro:**

“Se aborda de distinta forma.. ¿no?... Ahora, si alguno de esos casos ingresa, y luego pasa de que **sabemos de alguna denuncia o de consumo, lo que hacemos es, cerrar el proceso y derivar** de la manera más responsable que podamos...” (D, 2354-2356)

“Por ejemplo, ya, **si no vino a dos sesiones, tú como terapeuta tienes que llamar...** “¿Qué está pasando?”” (FG1, 182-183)

“Pero, finalmente **puede venir y solicitar la atención cualquier persona;** desde demanda espontánea, o derivada de algún colegio, o derivado de centros de salud mental; derivado de consultorio, de la salud pública” (D, 2332-2334)

**4.2.6.5.Subcategoría: Necesidades en el CAPS;** Esta subcategoría tiene relación con las necesidades percibidas por parte de los alumnos en práctica y del docente en cuanto a recursos.

### **Unidades de contexto:**

“Pero si hablai de recursos, **¡igual faltan un montón de recursos po!... por ejemplo los pañuelos, los relojes sin pila... duran unos meses y chao...**” (FG2, 1446-1447)

**“Sí, no sé, tan blanco todo... si nosotros Psicólogos, sabemos que hasta los colores influyen en la emoción del paciente po...” (FG2, 1471-1472)**

**“entonces, claramente falta más recurso humano, que pueda hacer éste trabajo, que pueda ir en beneficio de las personas que están realizando la práctica... que es poco el tiempo destinado a cada uno” (D, 2363-2365)**

## CAPITULO V

### 5. Discusión Interpretativa

Luego de la presentación descriptiva de los resultados, se presenta en este apartado la discusión interpretativa de los mismos, en relación a las categorías obtenidas en el estudio, las cuales cabe recordar, responden a los objetivos planteados en la investigación.

#### 5.1. Categoría 1. El terapeuta

Citando a Araya y Herrera (2007) “En psicología clínica es muy poco común leer acerca de los errores y fracasos terapéuticos, siendo más frecuente enterarse de las proezas y éxitos de maestros y terapeutas expertos en nuestra disciplina, sin embargo, escuchamos poco de cuáles fueron sus más comunes errores y dificultades, o en qué cosas se equivocaron cuando estaban comenzando y cómo enfrentaron las dificultades. Al no visualizar este aspecto, el terapeuta novato puede incurrir en el error de autoexigirse “ilusoriamente” lograr los mismos éxitos que el experto, sin considerar el proceso de aprendizaje.”

Para los alumnos en práctica, los primeros acercamientos a la experiencia clínica son pasos fundamentales en materia de vinculación con el medio; abordar el primer acercamiento con un niño/a o con un adolescente implicaría una psicoterapia muy distinta a la de un adulto, por lo que se hace necesario el uso correcto de habilidades y herramientas aprendidas a lo largo del pre-grado, es decir, desde una mirada más profesional tanto de ellos hacia el mundo como también del mundo a ellos. Es por esto que se hace necesario un reconocimiento a nivel

individual de cada uno de los terapeutas en cuanto a las características que presentan y permiten diferenciarse los unos a los otros, como lo serían; la capacidad de vincularse por medio de la apariencia y/o edad, la empatía, la escucha activa, el componente humano y cercano.

Si bien es cierto, los entrevistados señalan que existe una gran importancia para el ejercer en lo que respecta a las habilidades blandas de cada terapeuta; la escucha activa, la empatía y la observación, entre otros. Y que muchas veces es visto como la posibilidad de acercamiento para el estilo de abordaje terapéutico de cada uno de ellos, teórica y técnicamente hablando. Los alumnos en práctica manifiestan que existen diferencias de otras índoles, como lo son; las responsabilidades de la vida personal de cada uno de los terapeutas, ya que, si bien, los terapeutas que se encuentran actualmente realizando su práctica en régimen ejecutivo son adultos y la gran mayoría tiene familia e hijos, implicancia que resulta tener sus diferencias con los terapeutas que poseen otro ritmo de vida en particular. Como también la edad de cada uno de ellos, la cual les permite tener un acercamiento a una determinada población desde un posicionamiento terapéutico distinto, tomando en cuenta el ciclo vital del paciente en particular que solicita atención y si éste se acomoda o no al terapeuta. No excluyéndose en la idea anterior que la experiencia temprana misma les permite abordar con mayor seguridad una terapia, seguridad que solamente se obtiene nutriéndose de experiencias tempranas como la oportunidad que les genera el CAPS, formándose así un paralelo en lo que respectan a las habilidades propias del terapeuta frente a lo que la experiencia académica los prepara para llegar al momento de hacer terapia.

Tal como afirma Fuentes (2004), existirían condiciones propias del terapeuta que propicien una buena psicoterapia, de las cuales podemos nombrar; La empatía, una actitud de interés y acogida de la demanda del paciente, centrarse en los recursos, neutralidad, validar la experiencia del paciente, ser flexible, estar atento a fluctuaciones de la alianza, entre otros.

Cabe mencionar del mismo modo, que la visión que existe desde la directora hacia sus alumnos en práctica del CAPS, corresponde a la totalidad de la descripción que hacen los terapeutas de sí mismos en cuanto a sus habilidades y herramientas, donde destaca el entusiasmo por querer sobrellevar una buena terapia y las inquietudes, como las inseguridades al no saber cómo guiar la terapia, que los mismos alumnos le expresan al momento de realizar la supervisión. Lo que detalla que existe una importancia por parte de la directora, de cada uno de los procesos que están llevando hoy en día sus alumnos en práctica. Pero no así, de las debilidades que detectan los alumnos de sí mismos, ya que, simplemente ellos se perciben como atrapados y con dudas en el proceso. Frente a lo que ve la directora, que tiene relación con los miedos de utilizar los recursos que disponen cada uno de ellos al momento de realizar terapia, dejando así expuesto que sus miedos estarían relacionados con la inseguridad que presenta la gran mayoría con respecto a un “vacío teórico” existente en el ámbito académico.

## **5.2.Categoría 2. El vínculo**

El saludo, la postura e inclusive el compromiso en la terapia, son indicadores que toman lugar en las entrevistas según lo expuesto por los entrevistados. Señalan por otro lado, que son escasos los pacientes con los cuales no han podido generar el vínculo paciente-terapeuta, ya que la mayoría presenta continuidad en la terapia, y es aquí donde se pone énfasis a la adherencia y al compromiso que adquiere tanto el paciente como el terapeuta con la terapia misma, dejando claro que los pacientes que desertan, lo harían en un período de las dos primeras sesiones en la totalidad de los casos.

Tal como afirma Kleinke (1995) acerca de la importancia del vínculo en la terapia, llegando así a plantear que en la psicoterapia la relación paciente-terapeuta sería la que cura el problema mismo. Junto a esto, cabe sostener que, en gran parte, el vínculo, según lo que señalan los alumnos en práctica tiene lugar en el terapeuta tanto en sus atributos personales como en la edad del mismo.

Cabe señalar que para la identificación del vínculo como tal, refieren la existencia de signos, tanto positivos como negativos. Positivos, que corresponderían a los casos que generar adherencia y compromiso con la psicoterapia, y que también facilitarían realizar una terapia con mayor brevedad. En cuanto a los signos negativos, se destacarían; la mala interacción con el terapeuta mediante la observación del lenguaje verbal como no verbal de los pacientes atendidos, como también la aparición de algún mal entendido desde el paciente hacia el terapeuta. La

calidad de éste vínculo, como refiere Talley (1990), tendría énfasis en el modo interaccional en que el paciente y el terapeuta disponen sus roles en la sesión, de tal manera que la resonancia de la comunicación y elementos emocionales que aparezcan, se manifiesten a favor de un buen rapport. Haciéndose de gran importancia nuevamente los atributos y características personales de cada terapeuta a favor de generar un buen vínculo.

Por otro lado, cabe mencionar que existe un tema no menos importante, con las inseguridades respecto a la formación del vínculo con el paciente. Temática que en la medida de que avanzan las sesiones, muchas veces se estanca el proceso, dejándose expuesto un sentimiento de no saber si estarían haciendo lo correcto o no al momento de utilizar los recursos que cada uno de los alumnos dispone como terapeuta. Esto último dificultaría a largo plazo la continuidad de las sesiones y extendería el proceso terapéutico por un no manejo adecuado de la terapia.

Por último, desde la postura de la Directora del CAPS, aparece una fuerte labor y compromiso hacia sus alumnos en materia de supervisión y de apoyo al momento en que son supervisados. Esto da cuenta del porqué no existirían mayores dificultades con la formación del vínculo que presentan los alumnos en práctica con sus pacientes.

### **5.3.Categoría 3. Dificultades en la práctica**

En los distintos escenarios terapéuticos que se destacan dentro de la temática de práctica clínica, es posible dar cuenta por parte de los alumnos, la aparición de dificultades, tanto con el paciente; personas que se vean involucradas y forman parte de su historia, como también con lo que le pasa al terapeuta mismo al momento de estar en el contexto terapéutico. Los alumnos refieren tener dificultades con el manejo de la familia al momento de atender niños/as, ya que la mayoría refiere que muchas veces serían los padres los que tienen el motivo de consulta, y que muchas veces expuesto esto sobre la mesa, la dificultad estaría en confrontarlos y hacerles entender de una manera respetuosa, tanto frente al proceso como para el niño/a en tratamiento.

Otro tipo de dificultad que perciben los alumnos tiene relación con el tiempo. Pese a la existencia de opiniones divididas, en su mayoría refieren que se encontrarían respetando el margen de 45 min de atención por cada paciente, y que no tendrían mayores problemas con la temática. Frente a esto, la directora no evidencia la existencia de algún problema de ésta índole, ya que se encontraría de acuerdo con los tiempos que manejan sus alumnos.

Por último, aparece un punto no menos importante, que tiene relación con la preparación o más bien con la sensibilidad que presenta cada uno de los terapeutas frente a temáticas que de alguna u otra manera “tocan la fibra”. Con esto los entrevistados pretenden dejar en claro por qué deciden escoger trabajar terapéuticamente, ya sea con un niño/a o con un adulto/a.

#### **5.4. Categoría 4. La práctica**

Se hace importante destacar que los alumnos definen el espacio de práctica como un espacio al cual le atribuyen un significado experiencial, que a su vez posicionan como eje central de la vinculación con el medio en lo que respecta al ámbito clínico, que si bien, es un intercambio constante de saberes que retribuyen y alimentan el proceso, permiten agudizar el ojo clínico y mejorar significativamente las habilidades con las que se posicionan frente al paciente que requiere la atención.

Ya en estudios anteriores, Foladori (2009) hace referencia respecto a las temáticas que aparecen en la práctica clínica, donde tendría lugar; la aparición de ansiedades frente al primer paciente, el ser menor que el paciente que tienen frente a ellos, la apoyatura teórica, el descontrol emocional por parte del terapeuta, el cómo presentarse al paciente y por último, el temor al “contagio de la locura”. Aspectos que no se alejan de la realidad que relatan en las entrevistas los alumnos en práctica.

La directora hace mención de una importancia no muy distinta de la percepción que tienen los alumnos en práctica, sino más bien, una importancia en el labor docente que le permite individualizar los espacios de supervisión, en los cuales da cuenta de las mejoras y como también de las dificultades por las que los alumnos pasan en el aquí y ahora. Permitiéndole ponerse al día con temáticas a intervenir lo antes posible para asegurar el paso a paso de cada uno de sus alumnos.

## **5.5. Categoría 5. El espacio terapéutico**

El abordaje del paciente según lo referido por los alumnos en práctica, depende en gran parte del proceso y de elementos que aparecen propios de la terapia, como lo es en gran medida la transferencia y contratransferencia. Fundamental mencionan al papel que cada uno de ellos enfrenta en la terapia y que tanto el paciente y sus miedos, como el diagnóstico que trae consigo a la terapia, les juegan una suerte de prueba frente a los prejuicios que llegasen a existir como terapeutas. Es aquí donde la tarea se hace difícil para los alumnos, ya que el no manejo de una contratransferencia les llevaría a una imposibilidad tanto de redirigir la terapia como de querer librarse de un proceso al cual no se sienten preparados ni con las herramientas para abordar.

Respecto a lo que les sucede a los terapeutas en el espacio terapéutico, la Directora vuelve a mencionar que cada uno de los terapeutas tiene características personales, que les ayudarían a trabajar con determinado tipo de personas. Pero que en su momento mientras exista alguna dificultad ella sabría cómo actuar frente a esto. Menciona por último que no existirían temáticas de extrema urgencia a lo largo de los procesos. Lo que indica por otro lado que los alumnos no poseerían herramientas frente a una intervención en crisis, ya que más allá de la teoría, en la situación misma, un simple llamado hace que la Directora intervenga en el caso de que llegase a presentarse una situación de descontrol.

Por último, se observa que existe un problema con la rotulación del paciente, al momento de hablar de un diagnóstico, que se ha sido asignado en la entrevista de despeje. Es aquí donde

los alumnos en práctica manifiestan un descontento al recibir quejas, tanto del paciente, como personalmente por la ruptura del proceso. Ya que, atribuirían una gran importancia a la primera instancia de entrevista, en donde según ellos comenzarían a formar el vínculo con el paciente. Significando lo anterior que las entrevistas de despejes realizadas por otros licenciados, no serían más que un elemento accesorio que entorpecería el proceso, pese a tener sus beneficios de agilizar el proceso de ingresos al CAPS.

### **5.6. Categoría 6. CAPS y espacio de supervisión**

El crecimiento de cada uno de los alumnos/as en práctica es dimensionado por cada uno de ellos a nivel de crecimiento personal como teórico en aspectos técnicos para sobrellevar la terapia como tal.

Aquí los alumnos no perciben falencias en lo que significa el espacio de supervisión, pero sí se hace necesario hacer el paralelo del antes y después; de práctica I, frente a práctica II. El principal descontento se hace evidente para ellos al mencionar que hoy en día cuentan con mayor asistencia y supervisión personalizada que antes. Es por esto que destacan el tener una hora de supervisión solamente para hablar de lo que a ellos les pasa en el escenario terapéutico. En cambio, refieren que anteriormente el espacio de supervisión era aprovechado sólo por unos pocos, debido a la masividad que éste albergaba en ese entonces.

La supervisión como tal, les ha permitido a los alumnos resolver ciertas dudas tanto técnicas como teóricas. Por lo que se encontrarían muy agradecidos por el apoyo y compromiso docente que ejerce actualmente la Directora y Supervisora al mismo tiempo, con los alumnos en práctica clínica.

Por último, los alumnos en práctica hacen un llamado desesperado en cuanto a la escases de recursos básicos disponibles en el CAPS, entre estos; Pañuelos, relojes en buenas condiciones, material empobrecido y en malas condiciones para trabajar con niños (hora del juego), escasa estimulación en la ambientación de los box, entre otros. Muchas veces se han visto complicados con la atención de pacientes por la falta de estos recursos.

## CONCLUSIONES

Se presentan las conclusiones de la investigación respecto a los objetivos planteados en la misma. Se hace importante mencionar, que en la exposición de las conclusiones se contempla la reflexión crítica y profunda de las categorías que componen los distintos objetivos específicos de la investigación.

Objetivo específico 1. *Profundizar en los recursos y virtudes terapéuticas que poseen los alumnos en práctica del CAPS de la Universidad de las Américas.*

En relación al objetivo planteado, el presente estudio ha podido constatar que la existencia de habilidades blandas en cada uno de los terapeutas que se encuentran realizando su práctica clínica en el CAPS es indispensable. Se hace necesario mencionar por otro lado que las virtudes que expresan los alumnos en práctica se encontrarían acordes a un “perfil” que han construido cada uno de ellos a lo largo del pregrado académico, y que, no obstante, han tenido la posibilidad hoy en día de poner sobre el escenario terapéutico las habilidades que poseen cada uno de ellos. Viéndose reflejadas de esta manera en la formación del vínculo y/o alianza terapéutica que forman con cada uno de sus pacientes.

El reconocimiento de virtudes terapéuticas por parte de los alumnos en práctica permite visualizar elementos básicos, propios del terapeuta para dar los primeros pasos en materia de psicoterapia. El uso de recursos como; la escucha activa, la empatía y la observación, entre otros,

son herramientas fundamentales a la hora de poder generar un vínculo con el paciente, y que influye en el compromiso que adquiere el mismo en términos de adherencia al proceso.

Se reconoce en los estudiantes la necesidad de considerar las virtudes como herramientas propias de la generación del vínculo. Fuera de estas habilidades blandas, aparece una conceptualización de que el terapeuta como tal debe disponer de “habilidades más humanas”, las cuales se relacionarían profundamente con el uso de la empatía en la psicoterapia, pero que estaría más ligada al trato con el paciente desde una posición más cercana, pudiendo derribar dinámicas interaccionales de poder o supremacía acerca del otro como poseedor de la cura.

Respecto al rol etario que logran identificar algunos de los entrevistados, existiría una diferencia notable, creyendo así que los terapeutas pertenecientes al régimen executive a diferencia de los diurnos, se encontrarían aventajados o un paso más adelante en materia de vinculación con el paciente. Destacando que la edad agilizaría la formación del vínculo con los pacientes adultos, como también señalan que los terapeutas más jóvenes tendrían sus ventajas con pacientes menores de edad.

Lo anterior, permite señalar que, gracias a la profundización de las virtudes terapéuticas, se ha logrado evidenciar que todos los terapeutas cuentan con habilidades blandas y humanas, las cuales les han permitido hasta hoy en día realizar su labor terapéutica sin mayores inconvenientes. Esto lo reafirma la Directora del CAPS luego de ser entrevistada, y de haber reconocido que gran parte de las habilidades que identifica hoy en día en sus alumnos en

práctica, si bien, tienen un componente innato o característico personal que los distingue entre ellos, también se hace relevante mencionar los avances psicoterapéuticos que refuerza el pregrado en ellos. Coincidiendo lo anterior de manera concreta con la percepción que tienen ellos mismos acerca de sus virtudes.

*Objetivo Específico 2. Comprender las dificultades que existen en el contexto terapéutico de los alumnos en práctica del CAPS de la Universidad de las Américas.*

Se reconoce una separación en lo que refiere al ámbito profesional como tal, frente a la vida personal de los terapeutas. El considerar que en algún momento los terapeutas en práctica se han sentido descolocados al principio del proceso no es algo menor, ya que refieren que se da en distintas situaciones el que en algún momento se han llevado parte de la terapia a sus hogares, como también han llegado aproblemados a realizar terapia al CAPS. Es posible reconocer respecto a esto que sería un proceso por el cual cada uno de los alumnos en práctica se ocuparía de trabajar en materia de autocuidado para así favorecer al espacio terapéutico, como también, empoderarse del rol de terapeuta, permitiendo la oportunidad de trabajar la problemática que el paciente pone sobre el espacio terapéutico.

Existe una gran dificultad que tendría relación con lo que respecta a las inseguridades que poseen los terapeutas. Inseguridades que se separarían en aspectos personales y/o aptitudinales, como por otro lado el vacío teórico que mencionan tanto los alumnos en práctica como la Directora del CAPS frente a la evaluación de los procesos de sus alumnos supervisados.

Justificándose de esta manera que los posibles temores o miedos que aparecen en el espacio terapéutico, pudiesen ser trabajados en espacios de supervisión. De tal manera que fortaleciéndose la autoconfianza de los terapeutas les permita nutrir la determinación de abarcar mejoras en su aprendizaje junto a la constante actualización teórico-técnica que se encarga de entregar la supervisora a sus alumnos en el espacio mismo.

Cabe mencionar que los alumnos destacan indicadores en lo que respecta a la incomodidad al momento de realizar terapia, tanto para ellos como terapeutas como para sus pacientes. Dentro de los indicadores negativos, se pueden mencionar; una postura lejana, brazos cruzados, seriedad y actitud desafiante. Siendo aquí donde los terapeutas procuran mantener al margen la frustración, interviniendo de tal manera que puedan utilizar sus recursos y habilidades en la lucha constante de la creación del vínculo. Frente a este escenario tenso, muchas veces vuelven a aparecer inseguridades que los llevan a auto cuestionar el proceso que están llevando a cabo. Es aquí donde vuelve a manifestarse el rol de la supervisora, quien como se menciona anteriormente, sería pilar fundamental en materia de autocuidado de sus alumnos.

Se hace necesario referir que los alumnos en la búsqueda de autocuidado, no solamente acuden a su docente supervisor, sino que también buscan apoyo entre sus compañeros y futuros colegas. Este recurso es empleado por la gran mayoría de los alumnos en práctica y su finalidad no se relaciona solamente con la búsqueda de contención, sino que tiene como segundo significado generar aprendizaje con respecto a los procesos que están viviendo los demás compañeros en materia de psicoterapia técnica.

Por último, cabe señalar que los alumnos denotan una necesidad de aumentar el número de prácticas tempranas en materia de vinculación con el medio, para así sentirse mejor preparados para la psicoterapia como tal.

Desde la perspectiva de los alumnos en práctica, existe un crecimiento y desarrollo personal en cuanto al saber cómo enfrentar las dificultades que aparecen en el espacio terapéutico, resaltando de ésta manera los resultados positivos que han logrado alcanzar con la experiencia y práctica. También aparece un eje central en el crecimiento del terapeuta que tiene relación con, a través de las experiencias de los otros, revisar sus propias experiencias. Es por esto que se hace un trabajo complejo, donde vale decir que hacer terapia no es fácil, cuando el terapeuta se encuentra frente a una resonancia que crea en ellos la sensación de no poder sentirse capaz de continuar con algún determinado proceso, teniendo claramente la opción de derivar a otro compañero.

*Objetivo Específico 3. Describir las situaciones complejas que han vivido en el contexto terapéutico los alumnos en práctica del CAPS de la Universidad de las Américas.*

El auto control y el manejo de la sesión con la ayuda de los recursos que cada uno de los alumnos en práctica dispone al momento de realizar terapia, resultan muy necesarios para direccionar de buena manera la terapia. No obstante, los alumnos decretan que resulta ser común la aparición de ciertas situaciones que los habrían descolocado más de una vez en su labor, como

podría ser el enfrentamiento con determinado paciente que se presenta a la sesión con resistencias; tanto en su lenguaje verbal como no verbal. Que, si bien dificulta el desarrollo del vínculo, en todo momento estaría comunicando, siendo un desafío más a la hora de realizar terapia en los inicios de práctica clínica.

En el contexto terapéutico aparecen; Motivos de consulta que muchas veces eran de los padres más que del paciente que es llevado a terapia, frustración de no poder involucrarse más allá de lo humano con respecto a los recursos que posee el paciente, situaciones relacionadas con el tiempo y con el no saber cómo hacer el cierre de la sesión. Por otro lado, también aparece un componente muy intenso en temática de contratransferencia, de lo que les sucede con determinados temas relacionados “que tocan la fibra”, con la vulneración de los pacientes. Y por último vuelve a aparecer la frustración, pero desde la perspectiva de las expectativas que tiene el terapeuta en cuanto a la planificación de la sesión misma.

Necesidad de descomprimir, necesidad de ser escuchados, no reconocimiento de sus emociones, son en general carencias que se hacen evidentes en el espacio terapéutico en el inicio de una psicoterapia. Aquí es donde aparece el cuestionamiento del terapeuta de si bien, estaría haciendo la distinción entre una tertulia o un proceso terapéutico como tal, en donde existe una preparación y una aplicación de la técnica apropiada, entregadas por la formación del pre-grado. Es por esto que la ejecución de las primeras tres sesiones, se consideran para poder aclarar los motivos de consulta y objetivar el proceso como tal para obtener resultados a mediano y corto plazo.

Dentro de las situaciones complejas que han experimentado los alumnos en práctica, se encontrarían con la dificultad de manejo de los adolescentes, refiriéndose a ellos como un desafío frente al monólogo con el que se presentan a la sesión, y que en esto influiría bastante la edad del terapeuta.

Por último, es posible detectar dificultades al momento de hablar de la rotulación del paciente mediante el diagnóstico previo con el que se presentan a la primera sesión, porque si bien, les beneficia en algún aspecto, se da la posibilidad de caer en determinados sesgos del terapeuta que no posibilitan la continuidad de la terapia de manera abierta. Los alumnos en práctica refieren que esto de una u otra manera los prepara para abordar tanto coherentemente como técnicamente el trastorno que tiene el paciente a la base, en aspectos de sustentarse con nociones de criterios diagnósticos y viabilidad terapéutica.

## BIBLIOGRAFIA

- Artículo de Psicología Clínica y de la Salud <https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2014-02-07-Perfil%20psicologia%20clinica%20y%20de%20la%20salud.pdf>
- Desarrollo de la Psicología Clínica. Extraído desde: <http://www.psicopsi.com/Desarrollo-de-la-Psicologia-Clinica>
- Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in health care Baltimore: John Hopkins University Press; 1979. p. 1-7
- Karoly P. Enlarging the scope of the compliance construct toward developmental and motivational relevance. En: Krasnegor NA, Epstein L, Bennett-Johnson S, Yaffe SJ, eds. Developmental aspect of health compliance. Hillsdale: LEA; 1993.p. 11-27.
- Zaldívar D. Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. 2003. Disponible en: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu), [4 abril 2003].
- Rodríguez M. Psicología Social de la Salud. Madrid: Pirámide, 2001.

- National Heart, Lung And Blood Institute. Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1998.
- La vida personal del psicoterapeuta. James D. Guy. 1995 (pág 29)
- Aproximaciones a la Psicoterapia, Una introducción a los tratamientos psicológicos. El problema de la definición de la psicoterapia. Guillem Feixas 1993, (pág 13).
- Aproximaciones a la Psicoterapia, Una introducción a los tratamientos psicológicos. El problema de la definición de la psicoterapia. Guillem Feixas 1993, (pág 15).
- La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencia del terapeuta. (James.D. Guy 1995, pág 32)
- Psicoterapias. 2012. Datos preliminares sobre la psicoterapia.  
<http://www.pircoepa.es/public/muestras/TMM15.pdf>
- Psicoterapias, Datos Preliminares para Psicoterapia.  
<http://www.pircoepa.es/public/muestras/TMM15.pdf>

- Siquier de Ocampo, García Arzeno, Grassano de Piccolo y col (1974) Las técnicas proyectivas y el proceso de psicodiagnóstico. Buenos Aires: Nueva Visión. (Página 19)  
<https://mmhaler.files.wordpress.com/2013/04/las-tecnicas-proyectivas-y-el-proceso-psicodiganostico-siquier-de-ocampo.pdf>
  
- El encuadre y psicoanálisis Elena Usobiaga. Revista Norte de Salud Mental nº23, Año 2005.  
<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-23/047-el-encuadre-y-psicoanalisis.pdf>
  
- Park, Peterson, K.Sun. 2013. La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. Ter.PSicol. Vol nº31. 1. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000100002&script=sci_arttext)
  
- Reconsideración del concepto de empatía. Nuevas direcciones en psicoterapia. Publicado en la revista nº013. Autores: de Celís, Mónica - Bohart, A.C. - Greenberg, L.  
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000237>
  
- La Contratransferencia en Winnicott Autor: Peinado. [http://elgestoespontaneo.com/html/articulos/La\\_Contratransferencia.html](http://elgestoespontaneo.com/html/articulos/La_Contratransferencia.html)

- Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner\\_d/pdfAmont/cs-werner\\_d.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf)
  
- Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082009000200003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200003)
  
- Proceso Psicoterapéutico Desde la Perspectiva de Terapeutas que Tratan Trastornos Alimentarios: Un Estudio Cualitativo. Psykhe vol.22 no.1 Santiago mayo 2013 [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282013000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282013000100006)
  
- El profesional reflexivo (D.A. Schön) Descripción de las tres fases del pensamiento práctico  
 Autora: Dra. Àngels Domingo Roget  
[http://www.practicareflexiva.pro/wpcontent/uploads/2011/05/D.SCHON\\_FUNDAMENTOS.pdf](http://www.practicareflexiva.pro/wpcontent/uploads/2011/05/D.SCHON_FUNDAMENTOS.pdf)
  
- Temores Iniciales de los Estudiantes de Psicología ante el inicio de la Práctica de la Psicología Clínica. Horacio Foladori, 10 de Octubre del 2008. Revista; Terapia Psicológica, 2009, Vol, N°2, 161 – 168.

- Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. Santibáñez, Román, Vinet 2009. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272009000200006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006)
  
- Rodríguez, Flores, García. 1996. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Aljibe, Málaga. <http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/03/Rodriguez-Gil-y-Garcia-Metodologia-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2.pdf>
  
- Pérez Serrano. 2007, Investigación cualitativa: Retos e Interrogantes. (pág.19)
  
- Metodología de la Investigación, 5ta Edición 2010. Dr. Roberto Hernández Sampieri, Dr. Carlos Fernández Collado, Dra. María del Pilar Baptista Lucio.
  
- Rodríguez, Flores, García. 1996. Metodología de la Investigación Cualitativa. Ed. Aljibe, Málaga. <http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/03/Rodriguez-Gil-y-Garcia-Metodologia-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2.pdf>
  
- Taylor & Bodgan, 1990, Introducción a los métodos Cualitativos. (pág. 23).
  
- Denzin y Lincoln, 1994, Tradición y enfoques en la investigación Cualitativa. (pág. 11). <http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/03/Rodriguez-Gil-y-Garcia-Metodologia-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2.pdf>

- Gloria Pérez Serrano, 2004. Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural, Aplicaciones prácticas.
- Monjes Carlos, 2010. Investigación Cualitativa. (Pág 125)
- Ruiz (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. (pág 227)
- Hernández, Fernández y Baptista (1998). (Pág 243)[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lcp/texson\\_a\\_gg/capitulo4.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/texson_a_gg/capitulo4.pdf)
- Pérez Serrano G.,2007, Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes (pág 228)
- Krause y Pérez, 1994. Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes. (pág 244)
- Gómez 2000. Investigación cualitativa.
- Cáceres (2008). Análisis cualitativo de contenidos, alternativas.
- Pérez Serrano. 2011, Investigación cualitativa: Retos e Interrogantes. (pág.225)

- Pereyra, Liliana, 2007. Integración de Metodologías Cuantitativas y Cualitativas: Técnicas de Triangulación. [http://ief.eco.unc.edu.ar/files/workshops/2007/09oct07\\_lilipereyra\\_work.pdf](http://ief.eco.unc.edu.ar/files/workshops/2007/09oct07_lilipereyra_work.pdf)
- Código de ética profesional. Colegio de Psicólogos de Chile A.G. 2012. <https://www.psiucv.cl/wp-content/uploads/2012/11/Codigo-de-Etica-Profesional-Psicolog%C3%ADa-PUCV.pdf>