

ERRORES Y DIFICULTADES COMUNES DE TERAPEUTAS NOVATOS

COMMON ERRORS AND DIFFICULTIES OF NOVICE THERAPISTS

Pablo Herrera Salinas* y Claudio Araya Véliz**

Resumen

La exploración de los problemas que enfrentan los psicoterapeutas novatos ha sido un tema ignorado en la investigación en psicoterapia, sin embargo es necesario investigarlo para prevenir la iatrogenia y mejorar la formación profesional. La presente investigación, considerando la mirada de psicoterapeutas novatos como de supervisores, se preguntó sobre los principales errores y dificultades comunes que cometen los terapeutas novatos de orientación sistémica. Los principales errores detectados fueron: (1 - creencias y actitud) Actitud omnipotente o excesivamente insegura y ansiosa; (2 - relación terapéutica) rigidez y falta de espontaneidad, "apurarse" al intervenir y los "enganches" del terapeuta; (3 - técnicos) problemas para diagnosticar y co-construir un motivo de consulta. La dificultad más común descrita fue el trabajo con pacientes poco motivados y cooperadores. Los resultados se discuten en relación con sus implicancias para la formación profesional.

Palabras clave: Psicoterapia, efectividad, errores, psicoterapeutas novatos.

Abstract

Exploring the problems that novice therapists face has been neglected as a research topic but it is necessary in order to prevent iatrogenesis and to improve professional training. This investigation, considering both the novice and the expert supervisor's point of view, explored the main mistakes and difficulties of systemic-oriented novice therapists. The most important mistakes detected was: (1 - beliefs and attitude) an omnipotent, or excessively insecure and anxious attitude; (2 - relationship) lack of spontaneity, pushing too fast, and counter-transference mistakes; (3 - technical) problems in diagnosis and co-construction of the main theme for therapy. The most common difficulty was working with unmotivated and uncooperative patients. Results are discussed with their implications for professional training.

Key words: Psychotherapy, effectiveness, mistakes, novice therapists.

Recibido: 04-09-13 | Aceptado: 23-11-17

ANTECEDENTES

La investigación en psicoterapia lleva más de 50 años preguntándose por las variables del proceso que inciden en el resultado (Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004). Se ha establecido la relevancia crítica del involucramiento y cooperación del cliente, así como el poder curativo de la relación terapéutica y la baja incidencia de la escuela teórica del terapeuta. Aunque la psicoterapia ha probado su efectividad en términos generales (Lambert y Ogles, 2004), también se sabe que un 5-10% de los pacientes empeoran¹ durante el proceso y más de un 30% presenta cambios que no son clínicamente significativos (Lambert y Ogles, 2004). No obstante estas cifras,

el estudio en profundidad de las dificultades que inciden en el proceso terapéutico es reciente (Muran, 2002) y típicamente sub-representado a nivel de publicaciones científicas, las que privilegian las investigaciones con resultados exitosos por sobre las que muestran dificultades o fracasos (Barbrack, 1985).

Como se mencionaba anteriormente, la investigación sobre estos temas ha aumentado en las últimas décadas. Resumiendo la literatura disponible, se pueden extraer los siguientes errores² más frecuentes que cometen los novatos: (1) Interferencia de los propios conflictos y esquemas no trabajados, dificultad en la diferenciación self-otro y establecimiento de límites adecuados; (2) Expectativas irrealistas de éxito y competencia profesional instantánea, creencia de que el éxito depende de la correcta aplicación de la técnica y procedimientos aprendidos; (3) Exceso de confianza, o excesiva

* Universidad de Chile. ** Universidad Adolfo Ibáñez.
E-Mail: pabloherrerasalinas@gmail.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVII p.p. 5-13
© 2018 Fundación AIGLÉ.

inseguridad y ansiedad³ en sus propias capacidades, asumiendo toda la responsabilidad por la “cura” del paciente; (4) Miedo a la confrontación, dificultad en el manejo de la relación y del trabajo con el “aquí y ahora” de la sesión; (5) Errores de timing, impaciencia al preguntar e intervenir junto con “empujar” el proceso; (6) Errores de diagnóstico: Buscar patología; sobrediagnosticar “resistencias” del paciente, confundir la etiqueta con la persona (Buckley, Toksoz y Karasu, 1979; Giustra, 1985; Kottler y Blau, 1989; Altschuler, 1989; Goldberg, 1990; Misch, 2000; Fernández y Rodríguez, 2002; Skovholt y Ronnestad, 2003; Haarhoff, 2006; Hill, Sullivan, Knox y Schlosser, 2007; Thériault, Gazzola y Richardson, 2009).

Por otro lado, se han descrito errores terapéuticos que no son tan frecuentes, pero son más graves, en el sentido que implican un riesgo de iatrogenia y generan deterioro en el paciente, como por ejemplo el usar técnicas orientadas a desafiar las defensas con pacientes que presentan patología más severa. Estos errores tienden a provocar efectos negativos transitorios o generan un abandono de la terapia, sin tener consecuencias permanentes excepto en el caso de los pacientes de alto riesgo, quienes sí pueden sufrir efectos de largo alcance (Beutler et al, 2004; Mays y Franks, 1985).

En relación a las variables asociadas a los resultados negativos y fracasos en psicoterapia, pero dejando de lado los factores del terapeuta, nos encontramos con investigaciones que profundizan en los factores relacionados con el paciente y el contexto, que obstaculizan o al menos se correlacionan con resultados negativos o fracaso. Aunque hay autores que se oponen a catalogar a algunos pacientes como “difíciles” por miedo a generar estigmatización y profecías auto-cumplidas (Duncan, Hubble y Miller, 1997; Najavits, 2001), en general las investigaciones apuntan a que los pacientes que son percibidos como difíciles comparten alguna de las siguientes características: (a) Síntomas graves y prolongados (Mays y Franks, 1985; Wong, 1983); (b) Baja motivación para el cambio y la terapia, locus de control externo respecto de su problema, o dificultad para la introspección y expresión, características que obstaculizarían la mayoría de las intervenciones del terapeuta (Gold, 1995; Kottler, 1992; Powell, 1995); (c) Dificultades generales en el establecimiento y mantención de relaciones interpersonales, lo que dificultaría la relación terapéutica misma, además de asociarse con falta de redes de apoyo social (Clarkin y Levi, 2004; Mays y Franks, 1985; Truant, 1999).

Finalmente, otros profundizan en los factores contextuales que dificultan el progreso de la te-

rapia, resaltando principalmente: (1) Dificultades relacionadas con el contexto de derivación y coordinación de la red profesional que atiende al cliente; (2) Dificultades derivadas del contexto de atención (Isapres, consultorios públicos, etc.); (3) Dificultades derivadas de las diferencias entre el contexto socio-cultural del terapeuta respecto del paciente; (4) Dificultades derivadas de deficiencias en las redes de apoyo del paciente y problemas socioeconómicos; y (5) Dificultades asociadas al contexto familiar del paciente (Coleman, 1985; Mays y Franks, 1985).

Otra línea de investigación que explora de manera indirecta este tópico es la que explora los procesos de aprendizaje y entrenamiento de los terapeutas novatos. Por ejemplo, se ha visto que los novatos muestran mucha ansiedad e inseguridad respecto de poder usar sus habilidades en un contexto clínico, y van adquiriendo gradualmente mayor confianza a medida que avanza el entrenamiento (Hill, Sullivan, Knox y Schlosser, 2007; Hill y Knox, 2013). Al consultar con los pacientes de dichos terapeutas, se ha observado que ellos también perciben el mejoramiento de sus habilidades clínicas (Hill y Knox, 2013). En contraste, los estudios que han explorado las diferencias en la efectividad de terapeutas con menos y más experiencia muestran resultados mixtos. Asimismo, la mayoría de los estudios que comparan la efectividad de terapeutas entrenados (o expertos) y personas sin entrenamiento formal pero con altas habilidades interpersonales, no han encontrado diferencias significativas entre estos grupos (Beutler et al, 2004).

No obstante, estos resultados que cuestionan los procesos de entrenamiento formal, diversos autores reconocen que la supervisión es un elemento central en la práctica responsable de la psicoterapia (Araya et al, 2017; Araya y Herrera, 2007), especialmente en la formación de terapeutas noveles (Bernard y Goodyear, 1998). También se ha señalado, mediante estudios empíricos, que los mismos terapeutas consideran a la supervisión como uno de los elementos más importantes en su desarrollo profesional (Orlinsky y Ronnestad, 2005).

A pesar de lo anterior, existe escasez de literatura sobre la supervisión y la información existente se limita al contexto de la formación de terapeutas novatos (Robiner, et al., 2005). En Chile, Loubat (2005) advierte que la supervisión se realiza mediante modelos creados por los propios supervisores de forma autodidacta, o bien gracias a la reflexión de equipos que imparten cursos de formación en psicoterapia. De aquí la relevancia de conocer esos modelos y cómo estos se aplican en la práctica concreta de la supervisión.

En base a la revisión realizada, se reconocen diversos modelos de supervisión, que se revisan a continuación organizados en tres grupos: modelos tradicionales, los modelos integrativos y los modelos centrados en el desarrollo del supervisado. Los modelos tradicionales de supervisión serían aquellos con un claro sesgo de enfoque (psicodinámico, cognitivo conductual y humanista). Posteriormente habrían surgido los modelos integrativos o genéricos de supervisión, con la aspiración de entregar un enfoque que trascienda los modelos teóricos específicos (Fernández-Álvarez, 2008) y que se centren complementariamente en diferentes focos, tal como lo propone Bernard y Goodyear (1998) quienes proponen un triple foco para la supervisión: 1) la intervención, 2) la conceptualización y 3) la persona. Finalmente, los modelos de supervisión centrados en el desarrollo del supervisado están focalizados en describir el proceso mediante el cual el supervisado pasa de ser un novato a un experto, y las distintas acciones y actitudes del supervisor, para cada nivel de experiencia del supervisado, que favorecen su desarrollo y autonomía (Stoltenberg, McNeill y Delworth, 1998; Fernández-Álvarez, 2008; Smith, 2009).

Al revisar todos estos antecedentes se puede concluir que la investigación sobre errores y dificultades psicoterapéuticas ha crecido de manera exponencial en las últimas décadas, sin embargo también se pueden distinguir una serie de limitaciones en las que este estudio puede aportar: (1) gran parte de la investigación relevante tiene más de 25 años; (2) la mayoría no tiene una metodología sólida de investigación, basándose en impresiones clínicas y estudio de casos individuales (ej.: Coleman 1985; Kottler y Blau, 1989; Kottler y Carlson, 2003; Schoenewolf, 2005); (3) a partir de la bibliografía revisada, no se encontraron investigaciones sobre novatos desde la perspectiva sistémica; (4) no se encontró investigación que complemente explícitamente la visión del supervisor (o terapeuta experimentado) con la del novato, explorando en primera persona su experiencia; (5) existe muy poca investigación que profundice en la descripción y análisis de los errores; (6) la mayoría se queda en tipologías de errores, mientras que la poca que profundiza es antigua y generalmente de perspectiva psicoanalítica (ej.: Buckley, Toksoz y Karasu, 1979; Altshuler, 1989).

Como un modo de aportar en esta línea de investigación, considerando los aportes y limitaciones de los estudios previos, la presente investigación se planteó el objetivo de detectar y describir los principales errores y dificultades encontrados por psicólogos de orientación sistémica que hace menos de cinco años ejercen la

psicoterapia, desde la percepción de supervisores clínicos y de los mismos terapeutas novatos. La relevancia de estudiar los errores y dificultades es que ayuda a conocer cuáles son los aspectos y áreas que el novato necesita trabajar o fortalecer, lo que a nivel individual permite que el terapeuta novato pueda prepararse, conociendo los posibles obstáculos, mientras que a nivel de formación, ayuda a diseñar estrategias específicas y concretas para abordar estos obstáculos e incluirlas en los planes de formación.

MÉTODO

El presente estudio es de tipo: descriptivo, transversal, inductivo, y de carácter cualitativo. Se consideró incluir dos miradas: la de los supervisores (8 participantes) y los terapeutas novatos (12 participantes)⁴. Las principales técnicas de recolección de datos utilizadas fueron: entrevistas en profundidad semi-estructuradas (16) y grupo focal (1 sesión con 4 participantes).

Selección de los participantes

Tanto los supervisores como los terapeutas novatos fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico de carácter intencional en base a criterios de inclusión y siguiendo el principio de muestreo estructural. Se siguió una estrategia de muestreo intencionada en el tiempo y siguiendo una estrategia bola de nieve.

Criterios de Inclusión

1) Supervisores: (1) Que tuvieran una formación y práctica en el modelo sistémico, y que lo utilicen en sus respectivos grupos de supervisión, (2) que fueran acreditados como supervisores clínicos por la Comisión Nacional de Acreditación de psicólogos, o que llevaran al menos diez años supervisando, y (3) que hayan supervisado a terapeutas novatos en los últimos 12 meses.

2) Novatos: (1) Que se autodefinieran como terapeutas con un enfoque de orientación sistémica, (2) que fuesen psicólogos egresados con la práctica clínica concluida y (3) que no tuviesen más de cinco años de experiencia en atención clínica.

Simultáneamente, se definieron criterios de heterogeneidad para garantizar la diversidad de ámbitos de acción y experiencia de los participantes.

Criterios de Heterogeneidad

1) Supervisores: Años de experiencia como supervisor y ámbitos donde ha ejercido.

2) Terapeutas Novatos: Nivel de Formación de Especialización en Psicoterapia y ámbito de ejercicio de la profesión.

El modo en que los participantes quedaron distribuidos se indica en la Tabla N^o1

Tabla 1. Descripción de participantes según criterios de heterogeneidad de la muestra

Ámbito de trabajo	Experiencia Supervisores		Formación		Total
	Baja <10 años	Alta >10 años	Terapeutas Novatos		
			Sin formación de posgrado o en vías de formación	Con formación de posgrado concluida	
Sector Privado (Universidad y consulta privada)	2	2	2	3	8
Sector Público (Sistema Salud estatal, ONG, etc.)	1	3	5	2	12
TOTAL	3	5	7	5	20

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es relevante considerar que tanto los terapeutas novatos como los supervisores entrevistados participaron voluntariamente de esta investigación, firmando cada uno un consentimiento informado, el cual resguardó el adecuado uso de la información proporcionada (sólo con los fines del presente estudio) así como la confidencialidad de los participantes. Todos los nombres de los participantes fueron modificados.

Análisis de datos

El análisis de la información recopilada fue realizado utilizando un análisis cualitativo por categorías, el cual permitió ir distinguiendo, separando y categorizando los discursos de manera inductiva, diferenciando tópicos y categorías comunes, para luego, a partir de esas agrupaciones establecer relaciones e integraciones de los discursos (Echeverría, 2005). En el análisis se siguieron tres etapas: (1) Agrupación en citas, tópicos y categorías: En esta etapa se fueron subrayando fragmentos de la entrevista (citas), los cuales fueron clasificados en tópicos emergentes. (2) Establecimiento de categorías: Las citas se agruparon considerando un sentido que las conecte, en relación a los objetivos de la investigación y dejando lugar a categorías emergentes. (3) Integración: finalmente se procedió a realizar la integración entre lo dicho por los supervisores y terapeutas novatos. De esta forma se ordenaron los resultados por categorías, las cuales incluyen la mirada de ambos grupos, o sólo de uno de los grupos cuando la categoría no apareció en el otro.

RESULTADOS

Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

Errores

Respecto a los tipos de errores, supervisores y novatos describen cuatro grandes tipos de errores:

(1) De creencias y actitudes, (2) relacionales, (3) técnicos y (4) teóricos.

(1) Respecto a los errores de creencias y actitudes, tanto supervisores como terapeutas novatos coinciden al describir como los errores más comunes, una actitud del novato de que “se las sabe todas”, o como describen los supervisores, “una actitud omnipotente”. Esta actitud se expresa a través de la soberbia, el no asumir que no se sabe, o también el creer que uno “se las puede con todas”, dificultando directamente el proceso de aprendizaje, ya que implica la posición de “no sé que no sé”. Los supervisores le dan un tinte más grave y patologizante a este punto, como lo señala una de las supervisoras entrevistadas: “*Un cabro arrogante, ¿cómo diablos le metes en la cabeza otra idea?...cualquier error de conocimiento puede ser subsanado más fácilmente que la actitud de soberbia o autosuficiencia*” (Nadia).

Complementariamente a la actitud anterior, aparece en el novato una inseguridad y/o ansiedad que, o no les deja actuar, anulando al terapeuta, o que los lleva a realizar intervenciones apresuradas. La falta de seguridad en lo que están haciendo y la falta de experiencia los llevan a cometer errores, tales como ser muy estricto o laxo con el setting, o el ponerse en una posición “down”, por debajo del paciente, asumiendo un rol demasiado pasivo e inmóvil.

(2) Respecto a los errores en el establecimiento de la relación terapéutica, supervisores y novatos destacan 3 errores principales. En primer lugar está la falta de espontaneidad y exceso de rigidez, que lleva a no atreverse a intervenir. Como señala una supervisora, muchas veces los novatos “*no se atreven, yo tampoco me atrevía, a ser mucho más ellos mismos*” (Constanza).

De forma complementaria está el error de apurarse al intervenir y “remar más que el paciente”, empujando el proceso en vez de facilitar que el propio paciente movilice sus recursos. Como dice un terapeuta novato: “*tratar de remar más rápido, como si fuera uno el que hace el cambio, o sea es como ir a otra velocidad que la persona*” (Iván).

En tercer lugar, los supervisores describen como errores una serie de enganches personales del terapeuta. Se mencionan problemas para manejar el impacto emocional de ciertos “temas pesados” (abuso, violencia por ejemplo), y se habla de problemas que se dan al gatillarse conflictos de la propia historia. En general, se percibe como un error muy importante el no darse cuenta del enganche, o percibir la dificultad y no trabajarla. Es interesante que los terapeutas novatos describen este tema como una dificultad u obstáculo fuera de su control, más que como un error o factor que depende de ellos mismos.

Finalmente, y en menor medida, se describen los errores de falta de escucha y empatía hacia el paciente.

(3) Respecto a los errores técnicos percibidos, supervisores y novatos describen dificultades en la etapa diagnóstica y en la construcción de un motivo de consulta trabajable. Se describe la tendencia a exagerar los diagnósticos (“tremendismo”), mientras por otro lado está el sesgo contrario, de minimizar la gravedad de alguna patología. Este error es atribuido a las dificultades al momento de discriminar la información relevante. Como lo señala una supervisora: “*les cuesta despejar información, van tomando todo lo que el paciente les dice y le van dando la misma importancia*” (Ana). En palabras de un terapeuta novato: “*El comienzo me cuesta mucho, no lograba pactar el motivo de consulta, me quedaba con la queja y sobre esta trabajaba*” (Patricia).

Supervisores y terapeutas noveles coinciden en la percepción de que en la etapa inicial de la psicoterapia están los mayores problemas, especialmente en el poder observar procesos y relaciones. Sin embargo, sólo los supervisores recalcaron los errores de diagnóstico, por lo que éste puede ser un “punto ciego” de los terapeutas novatos, un déficit que no es reconocido.

Aunque apareció con menos frecuencia, es importante consignar que son las técnicas paradójicas las más difíciles de manejar y aplicar para los terapeutas novatos.

(4) Respecto a los errores teóricos, estos son significativamente menos mencionados que los tres tipos de errores anteriores, destacándose como el principal el tener una “mal digerida teoría”, o una falta de conocimientos teóricos. En palabras de una supervisora: “*El primer error es falta de conocimientos teóricos y eso te lleva a miles de errores*” (Mónica). Por su parte, los novatos perciben como error el recurrir en exceso a la teoría, para llenar los espacios dejados por la falta de experiencia clínica.

Una categoría emergente en el discurso de los novatos fue la manera en que los novatos experimentan el error y las dificultades. Aquí, la principal vivencia es corporal, describiéndose una sensa-

ción de incomodidad cuando no se tiene un rumbo claro en terapia.

Dificultades

En este ítem están incluidas todas las características que son percibidas como fuera del control del terapeuta y que interfieren el proceso terapéutico, describiéndose tres sub-categorías: (1) asociadas a las características del consultante, (2) asociadas al contexto en que se da la terapia, y (3) vinculadas a temas que gatillan reacciones personales.

(1) Respecto a las características del consultante, existe una importante coincidencia entre supervisores y novatos en que los consultantes descritos como demandantes o que no buscan activamente un cambio resultan especialmente difíciles para los novatos. Mencionan a los pacientes que exigen, los que se rehúsan a seguir las sugerencias o tareas, a los que no ven su propia participación en sus conflictos y los que vienen a terapia para conseguir algún beneficio externo (por ejemplo, porque el doctor no les dará sus medicamentos si no asisten). En palabras de una supervisora: “*con los pacientes que podríamos clasificar como demandantes, [...] el adulto que demanda, que dice no, pero es que usted me tiene que decir, no pero es que mire, en general ese les cuesta mucho manejarlo*” (Ana) y en palabras de un terapeuta novato entrevistado: “*me cuesta con esos que llegan y dicen ‘ya pues, dígame qué me pasa’, ‘qué tarea, dígame qué tarea’*” (Cesar).

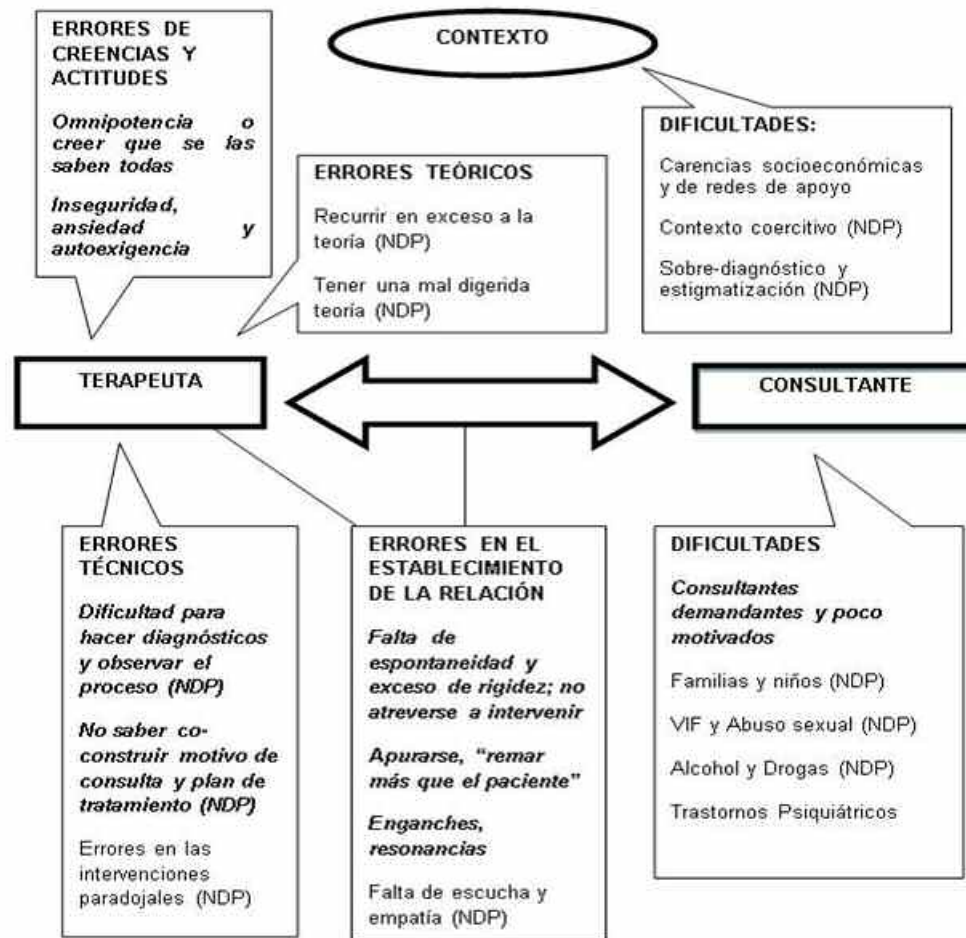
Con menos frecuencia, también existe coincidencia en la dificultad de trabajar con poblaciones específicas: familias, niños, pacientes psiquiátricos, drogas, violencia intrafamiliar o pacientes en riesgo vital. Por último les resulta difícil tocar el tema de la sexualidad, costándoles indagar incluso cuando sería lo esperable hacerlo, por ejemplo con temas de abuso, terapia de parejas, etc.

(3) Respecto al contexto de atención, sólo los novatos incluyeron explícitamente la dificultad de atender en contextos psicosociales difíciles, donde existen escasas redes de apoyo, y donde se dan situaciones de marginalidad, delincuencia, drogas, etc. Además, se resalta la dificultad de atender en contexto de procesos judiciales y también en instituciones donde los pacientes están sobre-diagnosticados y llevan el rótulo como su forma de identificarse.

(4) Finalmente, es descrita como una dificultad por los novatos el trabajar con temas que gatillan reacciones personales, por activar conflictos no resueltos o por presentar similitudes y generar confusión entre la realidad del consultante y la del terapeuta. Los supervisores perciben este tema como un error.

En la Figura N^o1 se describen los principales errores y dificultades, según tienen o no referencias en la literatura previa en torno al tema.

Figura 1. Mapa de errores y dificultades: Factores de influencia negativa en el resultado terapéutico



Nota en la Figura N°1: En negrilla y cursiva se resaltan los temas que aparecen con más frecuencia. (NDP) indica que no se encontraron referencias en la literatura previa en torno al tema y por lo tanto implican un resultado novedoso.

Formación

A partir de los errores y dificultades descritos, aparecieron una serie de comentarios y opiniones respecto a las necesidades de formación, generándose un amplio consenso de todos los entrevistados sobre la necesidad de aumentar y mejorar el desarrollo de habilidades clínicas prácticas. En palabras de una supervisora: "*Parte de lo que hay que cambiar en la formación es que empiecen a trabajar desde 1° año, que empiecen a trabajar en terreno. Ahora es cómo que en 5° te dicen, ¡ahora trabajen con las personas! [...] El concepto no se entiende hasta que se vivencia*" (Solange). Por otro lado, los entrevistados resaltan la necesidad de realizar un trabajo formativo con la persona del terapeuta, orientado a trabajar las propias falencias y recurso de los terapeutas novatos, especialmente en el espacio de supervisión. Respecto de este último tema, supervisores y terapeutas novatos resaltan la impor-

tancia de la supervisión en el proceso formativo, más allá del desarrollo de la comprensión técnica. En palabras de una supervisora "*la supervisión es de un rol fundamental, vital en la formación incluso después del egreso y después también, espacio para resguardar la ética, para que otro te diga tus errores*" (Mónica).

Respecto a las críticas a la formación actual, hay coincidencia entre supervisores y novatos en que la actual formación de pregrado no forma terapeutas, sino psicólogos, afirmando que el que esto no sea de conocimiento público genera una tensión ética, por la falta de transparencia hacia la población. Se critica además la excesiva flexibilidad en el proceso de ingreso de alumnos a la carrera de psicología, lo que produce que cualquier persona pueda estudiar la carrera, aumentando el riesgo que ingresen personas con psicopatologías severas o sin las competencias personales e interpersonales necesarias.

HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

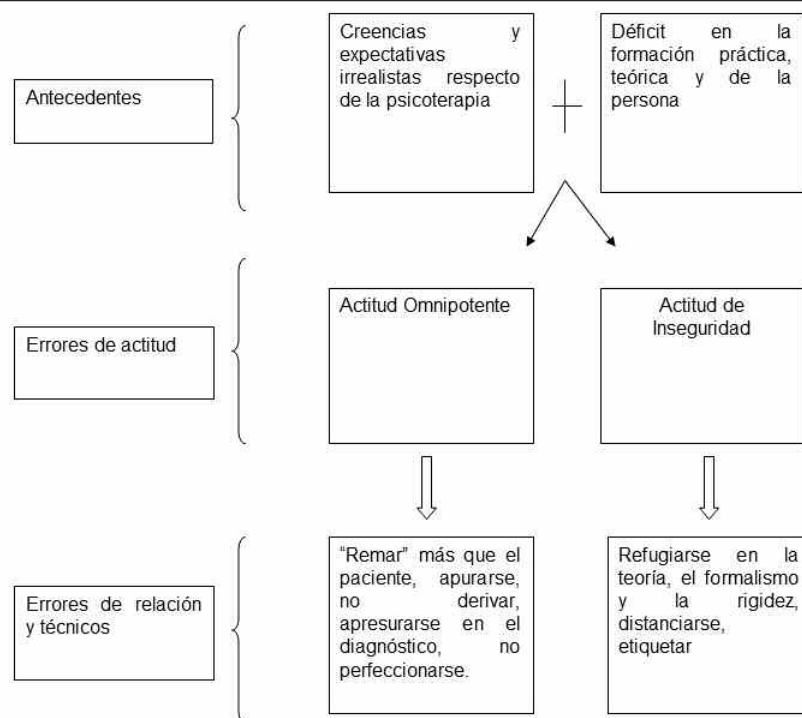
Si bien la presente investigación es de carácter descriptivo, la descripción de los principales errores y

dificultades, asociadas a la falta en la formación descrita por los terapeutas novatos y supervisores clínicos permite hipotetizar algunas relaciones que tendrán que contrastarse en estudios posteriores.

A continuación, se presenta un modelo para comprender las posibles causas y consecuencias de los errores de actitud encontrados: tomando como antecedentes los errores a nivel de creencias, sumados a los déficits en la formación teórica

y práctica, estos podrían producir los errores de actitud descritos (actitud omnipotente y de inseguridad), los que a su vez se relacionarían con ciertos errores típicos a nivel de relación terapéutica y técnica. De esta forma, la actitud de omnipotencia y de inseguridad pueden ser dos maneras de lidiar con la brecha entre unas expectativas demasiado altas sobre el propio desempeño y una formación deficitaria.

Figura 2. Hipótesis sobre relación entre creencias y expectativas y déficit en la formación y errores de actitud, de relación y técnicos



DISCUSIÓN

Para comenzar la discusión resulta interesante plantear el tema de cómo vivencian los novatos los errores y dificultades. Lo primero que resaltó fue la diferencia entre los relatos de los supervisores y los novatos, ya que los primeros hablaban directamente de "errores" mientras que los segundos casi exclusivamente de "dificultades", lo que lo atribuimos a la diferencia entre la experiencia del protagonista (primera persona) y del observador (tercera persona), y como producto natural de la tendencia a defender la autoimagen, ya que es más fácil hablar del error en otros que en uno mismo. En relación a esto, y tomando lo comentado por una entrevistada, creemos importante tener una visión constructivista del error, en el sentido de que no es una cualidad observable en el actuar del terapeuta, sino un juicio a posteriori hecho por un observador en una circunstancia determinada y específica, lo que a su vez implica dar

lugar a múltiples miradas, criterios de efectividad y a poner más énfasis en el proceso. Finalmente, volviendo a cómo se vivencia el error, en general los resultados nos hacen coincidir con Kottler y Blau (1989) en que los novatos en general están pasando por la crisis profesional de ¿y si no sé qué hacer?, y en general viven las dificultades en torno a esa interrogante central.

Una segunda conclusión importante tiene que ver con las principales necesidades de formación percibidas. Por un lado, tanto novatos como supervisores resaltan la importancia de reforzar el trabajo de la persona del terapeuta, aumentar la formación práctica y tener instancias de supervisión facilitadoras y contenedoras, más que punitivas. Por otro lado, sería importante reforzar específicamente los "puntos ciegos" de los terapeutas novatos, refiriéndonos a los errores y problemas que los supervisores destacaron, pero que los mismos novatos no mencionaron. Los principales fueron: errores de

diagnóstico, déficit en la formación teórica, “enganches” y problemas en el manejo de la contratransferencia (vistos por los novatos como dificultades con ciertos pacientes, más que errores propios). Es interesante resaltar el énfasis que dan los supervisores al diagnóstico, especialmente desde el enfoque sistémico, que ha sido asociado a posturas anti-diagnóstico, especialmente cuando este es individual (ej.: Fisch y Schlanger, 2002).

Una tercera conclusión se deriva de la observación de que la gran mayoría de los errores que cometen los terapeutas novatos y las dificultades que experimentan tienen que ver con la relación terapéutica; en este sentido, los resultados del presente estudio apoyan la tesis de que los factores más críticos para predecir el resultado del proceso tienen que ver con factores comunes (ej.: actitud del terapeuta, vínculo, establecimiento de objetivos, etc.), más relacionados a cómo se desarrolla la alianza que a la aplicación de técnicas específicas de intervención (ej.: reencuadre, prescripción del síntoma, silla vacía, etc.). En el caso de los errores, los más importantes y comunes son los de creencias - actitud y los explícitamente relacionales, como el empujar el proceso, rigidizarse y evitar intervenir, o “engancharse” con conflictos personales no trabajados. En el caso de las dificultades, más que el trastorno o diagnóstico, al parecer los pacientes más difíciles son quienes, por falta de motivación o por una actitud demasiado demandante, parecen rechazar lo que el terapeuta les ofrece.

Antes de terminar, es necesario reconocer las limitaciones del estudio. En primer lugar, la muestra representa un contexto muy específico (terapeutas viviendo en Santiago de Chile, con formación sistémica-constructivista). En segundo lugar, la misma muestra no distingue entre terapeutas noveles que realizan su primera práctica profesional, y quienes llevan 2 o 4 años de práctica clínica. En este sentido, es posible que unos de los errores y dificultades encontrados representen problemas propios de los primeros meses de formación, y otros sean representativos de un periodo más largo de experiencia profesional. Finalmente, la metodología de recogida de datos que apela a información recordada de los participantes y no incluye, por ejemplo, observación en vivo de sesiones.

Finalmente, ¿qué conclusiones se pueden sacar para retroalimentar los procesos de formación en psicoterapia? En primer lugar, es necesario abordar los puntos ciegos de los novatos y reforzar el trabajo práctico y de la persona del terapeuta. En segundo lugar, es importante que el espacio de supervisión sea contenedor, no punitivo y considere en su metodología la experiencia subjetiva de los novatos ante las dificultades. En tercer lugar, es necesario trabajar en fortalecer las habilidades clínicas que se ponen en juego en la relación con el cliente, ya que son las que engloban los principales errores y difi-

cultades encontrados. Finalmente, queremos contextualizar estas recomendaciones citando la famosa frase de Cicerón: “errare humanum est”, esperando que esta investigación sea un aporte al proceso eterno de aprender de nuestros errores.

NOTAS AL PIE

¹ Es necesario distinguir tres conceptos relacionados: (1) Fracaso: Es cuando alguien juzga o evalúa que, al finalizar el proceso, no se alcanzaron los objetivos y resultados esperados (de acuerdo al actor involucrado); (2) Resultado Negativo: Deterioro significativo en una o más áreas de funcionamiento del paciente (o su entorno cercano), entre el inicio y término de la psicoterapia, que persiste por un periodo sustancial de tiempo luego del término del tratamiento; (3) Iatrogenia: Deterioro significativo en una o más áreas de funcionamiento del paciente, producido por el tratamiento.

² Se entiende “error” como un factor controlable por el terapeuta que, ya sea por omisión o acto, a posteriori es juzgado por el observador como no óptimo en cierta circunstancia. Se diferencia de una “dificultad” en el sentido que ésta es juzgada como un obstáculo externo, no controlable, en la consecución de un objetivo deseado.

³ La falta de confianza y ansiedad, asociadas a la creencia de que “debería saberlo todo, comprenderlo todo y curarlo todo”, es el único error típico de novatos que no sería común al analizar los errores de terapeutas experimentados (Herrera y Araya, 2007; Misch, 2000; Hill y Knox, 2013).

⁴ Respetando el principio ético de la confidencialidad de los participantes, se modificaron los nombres de los participantes en todas las entrevistas y en el grupo focal realizado.

REFERENCIAS

- Araya, C., Casassus, S., Guerra, C., Salvo, D., Zapata, J. y Krause, M. (2017). Criterios que supervisores clínicos chilenos consideran relevantes al momento de supervisar: un estudio cualitativo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVI (1), 47-58.
- Araya, C. y Herrera, P. (2007) *Errores comunes de terapeutas novatos*. Tesis (Magister en Psicología Clínica). Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.
- Altshuler, K. (1989) Common mistakes made by beginning psychotherapists. *Academic Psychiatry*, 13 (2), 73-80.
- Barbrack, C. (1985) Negative outcome in behavior therapy. En Mays D. & Franks C. (Eds.) *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (pp. 76-105). New York: Springer.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (1998). *Fundamentals of clinical supervision*. Boston: Allyn & Bacon.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004) Therapist variables. En M. Lambert's (ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley and Sons.
- Buckley, P.; Toksoz, C., & Karasu, B. (1979) Common mistakes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 136(12), 1578-1580.
- Clarkin, J., & Levi, K. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. En Lambert, M. (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York:

- Wiley and Sons.
- Coleman, S. (1985). *Failures in family therapy*. New York: The Guilford Press.
- Duncan B., Hubble M., & Miller S. (1997) *Psychotherapy with "impossible cases"*. New York: Norton.
- Echeverría, G. (2005) *Análisis cualitativo por categorías*. Santiago: Cátedra "Metodología de Investigación", Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Fernández-Alvarez, H. (2008). Supervisión en psicoterapia. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Extraído el 7 de septiembre de 2012 desde http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Fernandez_Alvarez_1.pdf
- Fernández, L. A. y Rodríguez, V. B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002) *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Giustra, L. (1985) Training issues in the treatment of severely disturbed patients. *American journal of psychotherapy*, Vol. 39, N°1, 95-107.
- Gold, J. (1995) Knowing and not knowing: commentary on the roots of psychotherapeutic failure. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5(2), 167-170.
- Goldberg, C. (1990). Typical mistakes of the beginning therapist. In E. Margenau (ed.). *The encyclopedic handbook of private practice* (pp. 770-784). New York: Gardner Press.
- Haarhoff, B. (2006). The importance of identifying and understanding therapist schema in cognitive therapy training and supervision. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(3), 126.
- Hill, C. E., Sullivan, C., Knox, S., & Schlosser, L. Z. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(4), 434-449.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2013). *Training and Supervision in Psychotherapy*. En M. J. Lambert, Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6 ed., pp. 775-881). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Kottler J., & Blau D. (1989). *The imperfect therapist*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kottler, J. (1992) *Compassionate therapy: working with difficult clients*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lambert, M., & Ogles, B. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. En Lambert, M. (Ed.) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley and Sons.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en psicoterapia: Una posición sustentada en la experiencia clínica. *Revista Terapia Psicológica* 23(2), 75-84.
- Mays D., & Franks C. (1985) *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
- Misch, D. (2000) Great expectations: Mistaken beliefs of psychodynamic psychotherapists. *American journal of psychotherapy*, 54(2), 172-203.
- Muran, J. (2002) A Relational Approach to understanding change: plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy Research*, 12 (2) pp. 115-138.
- Najavits, L. (2001) Helping Difficult Patients. *Psychotherapy Research* 11(2) pp. 131-152.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., & Willutzki, U. (2004) *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change*. En Lambert, M. (Ed.) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley and Sons.
- Powell, D. (1995) Lessons learned from therapeutic failure. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5(2), pp. 175-182.
- Robiner, W., Fuhrman, M. & Bobbitt, B. (2005). La supervisión en la práctica de la psicología: Hacia el desarrollo de un instrumento de supervisión. *Revista de Toxicomanías*, 45, 31-35.
- Schoenewolf, G. (2005) *111 common therapeutic blunders*. USA: Roman & Littlefield Publishing Group.
- Skovholt, T., & Ronnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58.
- Smith, K. (2009). *A brief summary of supervision models*. Extraído el 18 de septiembre de 2012 desde http://www.gallaudet.edu/documents/academic/cou_supervisionmodels%5B1%5D.pdf
- Stoltenberg, C. D., McNeill, B., & Delworth, U. (1998). *IDM supervision: An integrated developmental model for supervising counselors and therapists*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Thériault, A., Gazzola, N., & Richardson, B. (2009). Feelings of Incompetence in Novice Therapists: Consequences, Coping, and Correctives. *Canadian Journal of Counseling*, 43(2), 105-119.
- Truant, G. S. (1999) Assessment of suitability for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*; 53, 1; pg. 17.
- Wong N. (1983) Perspectives of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47(2), pp. 99-106.