

Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica

Factors Influencing Therapeutic Desertion of the Consultants of a University Counseling Center

Ángela Patricia Rondón Benítez, Iván Leonardo Otálora Bastidas, Yenny Salamanca Camargo
Grupo de Investigación Clínica y Salud, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

ABSTRACT

This research, of descriptive type, permits to know and to analyze the general characteristics associated with the abandonment of the patients to the therapeutic process of the Center of Studies and Psychological Attention (CEAPSY) of the Pedagogic and Technological University of Colombia (UPTC); the factors are studied associated with the characteristics of the patient, the therapist and the therapy, and the context, from the analysis of medical history and telephone interviews to the consultants. The percentage of desertion is of the 88% of the cases received, with a frequency of around the 30% of the total of cases for each category of causes studied; in reference to the factor predisponentes of abandon, clarity on the influence of characteristics has not failed to come out as expected such like age, sex, educational, or social level, however, finds a level desertion correlated in addition to a variable of study like for example, the age, the phase of the process in which the consultant is found and the determining ones belonging to the context, between other ones.

Key words: Drop out, therapeutic alliance, engagement.

RESUMEN

Esta investigación, de tipo descriptivo, permite conocer y analizar las características generales asociadas con el abandono de los pacientes al proceso terapéutico del Centro de Estudios y Atención Psicológica (CEAPSY) de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC); se estudian los factores asociados con las características del paciente, el terapeuta, la terapia, y el contexto, a partir del análisis de historia clínica y entrevistas telefónicas a los consultantes. El porcentaje de deserción es del 88% de los casos recibidos, con una frecuencia de alrededor del 30% del total de casos para cada categoría de causas estudiadas; respecto a los factores predisponentes del abandono, no se ha logrado tener claridad sobre la influencia de características tales como edad, sexo, nivel educativo o social, sin embargo, se encuentra un nivel deserción asociado a más de una variable de estudio como por ejemplo, la edad, la fase del proceso en el que se encuentra el consultante y los determinantes del contexto, entre otros.

Palabras clave: Deserción terapéutica, alianza terapéutica, enganche.

Artículo recibido/Article received: Junio 5, 2009/June 5, 2009, Artículo aceptado/Article accepted: Noviembre 5, 2009/November 5/2009

Dirección correspondencia/Mail Address:

Ángela Patricia Rondón Benítez, Carrera 21 No. 24 – 52, Paipa, Boyacá, Colombia, anroalma@yahoo.com

Iván Leonardo Otálora Bastidas, Urbanización prados de San Luis, manzana E, casa 6, Tunja, Boyacá, Colombia, ivancho2400@hotmail.com

Yenny Salamanca Camargo, Calle 73 A No 2C -02 bloque FC- 1 apto. 101. Caminito de Oicatá, Tunja, Boyacá, Colombia, Psicoyennys@yahoo.es

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH esta incluida en PSERINFO, CENTRO DE INFORMACION PSICOLOGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET y GOOGLE SCHOLARS. Algunos de sus artículos aparecen en SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK y está en proceso de inclusión en diversas fuentes y bases de datos internacionales.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH is included in PSERINFO, CENTRO DE INFORMACIÓN PSICOLÓGICA DE COLOMBIA, OPEN JOURNAL SYSTEM, BIBLIOTECA VIRTUAL DE PSICOLOGIA (ULAPSY-BIREME), DIALNET and GOOGLE SCHOLARS. Some of its articles are in SOCIAL SCIENCE RESEARCH NETWORK, and it is in the process of inclusion in a variety of sources and international databases.

INTRODUCCIÓN

En el ejercicio de la psicología clínica, la deserción terapéutica es uno de los problemas más comunes y que más conflictos teóricos y prácticos acarrea a la disciplina; en un estudio realizado en Venezuela por Jo y Almao en el 2001, sobre abandono de los tratamientos en psiquiatría y psicología clínica, se encontró que aunque este tema ha sido pobremente abordado desde la perspectiva terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados, lo cual es considerablemente superior a la mayoría de las disciplinas en salud; en México, se ha podido establecer que los consultantes asisten en promedio a tres sesiones, lo que es claramente insuficiente para un abordaje efectivo de problemáticas psicológicas (Alcázar, 2007).

Existen aproximaciones al fenómeno de la deserción en relación con variables determinadas como las adicciones (Fernández, et al., 2003), los trastornos de personalidad (Lingardi, Filippucci, & Baiocco 2005), la alianza terapéutica y el tipo de contacto con el paciente (Walls, Perrucci, & Severns, 1999); sin embargo, aun es poco estudiado, lograr una efectiva alianza terapéutica en psicología y esperar que los factores externos y propios del consultante jueguen favorablemente, es el ejercicio común que ha de tenerse en cuenta si se quiere lograr un proceso confiable y con resultados positivos tanto para el consultante como para el terapeuta.

La deserción terapéutica en el ámbito de la investigación es nombrada de diferentes maneras, tales como abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia, discontinuidad terapéutica, en todos los casos se refiere a la no culminación de un proceso terapéutico solicitado luego de haber establecido algún contacto con un proveedor de servicios psicológicos; dicha interrupción antes o durante el desarrollo formal del proceso, sin notificar razón alguna. (Mahoney, 1991). El fenómeno de deserción terapéutica, se encuentra inmerso dentro de la conceptualización de adherencia hecha por Blackwell en 1976. Recientemente, la deserción terapéutica se engloba dentro del concepto de alianza terapéutica, entendida como la relación compuesta por la relación real y la alianza de trabajo; la primera, se refiere al vínculo entre el cliente y el terapeuta, mientras que la segunda se refiere a la capacidad de ambos para trabajar conjuntamente hacia los objetivos previstos. (Corbella y Botella, 2003).

Jo y Almao (2001) definen el abandono del tratamiento como la no adherencia o interrupción del tratamiento indicado por el centro, sea terapéutico, psicofarmacológico o combinado, y que se expresa en la inasistencia a las citas pautadas sin previo aviso y sin volver a tomar el tratamiento; dentro de las conductas específicas que pueden considerarse como deserción terapéutica, se plantea, inasistencia a la primera cita y a citas de seguimiento, abandono definitivo del tratamiento sin consultarlo con el

terapeuta o en contra de su opinión, abandono del tratamiento en forma definitiva antes de un determinado número de citas o periodo de tiempo determinado, no cumplimiento de las pautas prescritas como las dosis en caso de tratamientos psicofarmacológicos, discontinuación de un tratamiento sin suponer un abandono definitivo y toma de medicación no prescrita.

De acuerdo a estudios realizados en Europa y Latinoamérica (Alcázar, 2007; Jo & Almao, 2001), la deserción terapéutica, tres meses después de iniciado el tratamiento alcanza un 63% del total de casos atendidos, la frecuencia del fenómeno está ubicada entre el 25 y el 50% de casos atendidos, en la mayoría de estudios aunque otros autores hablan de rangos de entre el 2 y el 92%, mostrando las dificultades existentes para consolidar las cifras.

Haynes (1879), sitúa la sesión quinta y undécima, como el rango en el que se da el fenómeno de abandono; los estudios más recientes muestran que en promedio los consultantes asisten a un total de 3 sesiones, siendo claramente insuficiente si se tiene en cuenta que la efectividad máxima de tratamiento se consigue entre las sesiones ocho y 12 (Steenbarger, 1994); un aparente ejemplo de efectividad se encuentra en el estudio de Reyes, Weldt, Mateluna y Almarza (2005) en el que se muestra que los consultantes asisten a un promedio de 8 sesiones.

Chen, (1991), afirma que entre el 26 y el 50% de los consultantes abandonan inmediatamente luego de la primera cita psiquiátrica; entre el nueve y el 40% abandonan en sesiones posteriores a la primera cita; entre el 30 y el 60% de los consultantes abandonan durante el primer año de terapia, en su mayoría antes de las cuatro primeras citas; del 32 al 75% de los consultantes que son remitidos por medicina general no acuden al especialista en psiquiatría y psicología; entre el 35 y el 50% de los consultantes no acuden a consulta psiquiátrica luego de ser dados de alta en hospitales y al menos un tercio de los consultantes psiquiátricos, no siguen las prescripciones farmacológicas.

Existe gran diversidad de variables que determinan la no adherencia del consultante a un proceso psicoterapéutico, entre las cuales, se encuentran las características propias tanto del consultante como del terapeuta, el tipo de trastorno y las condiciones ambientales e institucionales entre otras; autores como Jo y Almao (2001) y Buela, Sierra, López y Rodríguez (2001), han clasificado dichas variables de acuerdo a su origen; sin embargo, los resultados de las investigaciones no permiten afirmar que la presencia de una sola variable pueda predecir lo que sucederá con la adherencia terapéutica.

Factores asociados al consultante

Respecto a las características del consultante, no se encuentran estudios que afirmen una relación directa entre la deserción terapéutica y aspectos tales como el sexo, el nivel educativo o social; sin embargo, aún se discute cómo la interacción de dos o más de estas variables está

relacionada con el fenómeno, se encuentran correlaciones positivas respecto a la edad y el estado civil, siendo más común la deserción entre las edades extremas (vejez, niñez), la adolescencia y la soltería (Jo & Almao, 2001). Un factor determinante para la adherencia al tratamiento es la percepción que el consultante tenga acerca de la necesidad del proceso psicoterapéutico, cuando el consultante acude de manera voluntaria y por iniciativa propia, es más alta la probabilidad de adherencia al tratamiento (Mahoney, 1991). La mayoría de los consultantes suelen tener ciertas expectativas antes de ver por primera vez a su terapeuta y este encuentro puede ser determinante para que el consultante decida asistir a sesiones futuras (Alcázar, 2007); existen otras percepciones que pueden provocar por sí solas el abandono terapéutico, como son las creencias culturales acerca de la enfermedad y del rol del psicólogo o la falta de información acerca de la pertinencia de un tratamiento específico en su proceso (Jo & Almao, 2001). Las expectativas que el consultante tenga acerca de las características de su terapeuta, también parecen ser determinantes; al respecto, Overall y Aronson (1963) encontraron que los consultantes con expectativas de tener un terapeuta directivo que les apoye, suelen ser más susceptibles a la deserción.

En cuanto a las características asociadas al tipo de trastorno se ha encontrado que algunas características propias de los trastornos, también pueden determinar la probabilidad de adherencia terapéutica (Freire, 1986); además, se puede afirmar que aquellas necesidades que implican un riesgo vital se correlacionan con mejor acatamiento a las prescripciones del terapeuta (Jo & Almao, 2001).

Dentro de los trastornos con mayor probabilidad de abandono terapéutico, se encuentran los relacionados con la personalidad, especialmente de tipo límite; al respecto, Fernández, et al., (2003), afirman que la presencia de estos trastornos, se asocia con una mayor y más temprana probabilidad de abandono del tratamiento y a su vez, corroboran que este trastorno, está asociado con la predicción de la deserción durante las primeras seis semanas de tratamiento y como lo plantea Lingardi, Filippucci y Baiocco (2005), estos casos suelen requerir una alianza terapéutica especialmente sólida que compense las dificultades proporcionadas del trastorno.

Factores asociados al terapeuta

La relación consultante-terapeuta, tiene un carácter bidireccional ya que no es posible ignorar la condición de sujeto que el consultante posee y por tanto su capacidad para valorar positiva o negativamente lo que observa y percibe de su contraparte (García & Rodríguez, 2005); factores como la personalidad del terapeuta, los rasgos propios de su individualidad, los intereses y actitudes que manifieste ante la presencia del consultante, son reconocidos como variables que pueden incidir en la decisión de continuar o no con la terapia, al respecto, se ha

encontrado que cuando el consultante detecta a su terapeuta como poco experto, desconfiable y desagradable, genera una insatisfacción suficiente para tomar la decisión de abandonar la terapia (McNeill, May, & Lee, 1987); adicionalmente, algunas investigaciones evidencian una correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el consultante y algunos aspectos de la alianza terapéutica, así como una fuerte asociación entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta y los componentes de la alianza (Corbella & Botella, 2003).

Rodríguez (1990), no solo reconoce el afecto del terapeuta como una variable de la percepción del consultante, sino que lo caracteriza como un agente psicoterapéutico de primer orden, debido a la construcción de una experiencia emocional correctiva para el consultante que se convierte en la oportunidad para ser humano total y maduro; por lo cual, este debe sentirse apoyado afectivamente de manera absoluta y respetuosa; al respecto, Sterba (1940), fue el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del consultante con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas comunes establecidas.

La aparición de relaciones de naturaleza diversa a la terapéutica entre consultantes y profesionales, es descrita como un factor de interferencia en el proceso psicoterapéutico, que finalmente puede originar el abandono y el fracaso del proceso; Del Rio, Borda, Pérez y Martín (2003), describen la relación dual como un fenómeno que ocurre cuando el terapeuta se encuentra manteniendo además de la relación terapéutica, otra relación diferente con un paciente ya sea de tipo social, afectiva, profesional o financiera.

Además de los conocimientos que el terapeuta posee, la práctica en psicoterapia requiere el desarrollo de habilidades propias de la persona, independientes de las técnicas, que faciliten el establecimiento de una relación positiva con el consultante; al respecto, Buena, Sierra, López y Rodríguez (2001) mencionan dentro de estas habilidades, la capacidad para direccionar la terapia, la asertividad, la habilidad al utilizar instrumentos de evaluación, la capacidad para incentivar la participación del consultante en el proceso, la habilidad para organizar la información y realizar informes y las habilidades comunicativas para dar a entender lo que realmente quiere expresar en el contexto terapéutico; así mismo, estas habilidades van desde la misma presentación personal y forma de vestir, las características de la prosodia y el tono de la voz, la gesticulación facial, las posiciones corporales, etc., aspectos que están relacionados con una adecuada relación terapéutica (Jo & Almao, 2001). Por tanto, como lo afirma Ruíz (1994), el éxito de los procesos terapéuticos no depende solamente del alto grado de conocimiento técnico que posea el terapeuta sino también de las habilidades y destrezas que hacen que las personas sobre las que ejerce la actividad profesional acepten de mejor grado, se impliquen y mantengan una eficaz adherencia hasta la conclusión del

proceso.

Factores asociados a la terapia

Son múltiples las problemáticas inherentes a la terapia que pueden generar en última instancia el abandono terapéutico y el no cumplimiento de los objetivos trazados, Beck (1995), nombra problemas específicamente en la terapia cognitiva que pueden ser sólo de tipo técnico, como la mala escogencia de instrumentos de evaluación, o de problemas más complejos como la falta de efectividad al intervenir un diagnóstico realizado, estos problemas se pueden dar en el diagnóstico, conceptualización y plan de tratamiento, en la alianza terapéutica, en la estructura y/o ritmo de la sesión, en la socialización e instrucción con el consultante, en el trabajo sobre pensamientos automáticos, el logro mismo de los objetivos terapéuticos a lo largo de las sesiones y en el procesamiento del contenido de las sesiones por parte del consultante.

Dentro del encuadre terapéutico, uno de los tópicos que cobra mayor importancia es el consentimiento informado, este constituye una guía donde se establecen fines, medios, formación del terapeuta, relación terapéutica, y es preciso establecer los límites y finalidad de la psicoterapia, al igual que los riesgos y compromisos que conlleva dicho proceso; se trata entonces, de un requerimiento mínimo que lleva implícita una manifestación de respeto por la persona del consultante y sus derechos (Castilla & Castilla 2001); además de las implicaciones legales que conlleva el no aplicarlo, (ley 1090, 2006), la ausencia de consentimiento informado perturba la comunicación entre consultante y terapeuta y deja dudas no resueltas en el primero, que pueden originar la insatisfacción y el posterior abandono de la terapia (Beahrs & Gutheil, 2001); al respecto, no se hallan estudios que correlacionen fallas en el consentimiento informado y la deserción propiamente dicha.

La efectividad al establecer la alianza terapéutica ha tomado cada vez más fuerza en las últimas dos décadas; (Corbella & Botella, 2003) afirman que al menos el 66% de estudios muestran una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados finales de los tratamientos; el terapeuta, suele escoger el tipo de tratamiento de acuerdo al diagnóstico y al enfoque teórico que maneje; sin embargo otros factores como las características de consultante y del mismo trastorno, el ambiente específico, la disponibilidad institucional, etc., pueden modificar el éxito de las técnicas utilizadas; al respecto, Bados, García y Fusté (2002) atribuye mayor eficacia y especificidad a los tratamientos de tipo cognitivo conductual en casi todos los tipos de trastornos, mientras que realiza un listado de otros tratamientos eficaces para cada uno de los tipos de trastornos, entre los que mencionan la terapia sistémica, los enfoques psicodinámicos, los entrenamientos en habilidades, las prácticas grupales de apoyo y el biofeedback; por su parte, Echeburúa y Corral (2001) sitúan la efectividad del tratamiento con evidencia

Rondón, A.P., Otálora, I.L., & Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.

empírica de acuerdo a grupos de trastornos.

Otra variable que los consultantes suelen percibir es la experiencia del terapeuta; al respecto, Walsh, Perrucci y Severns (1999), realizaron un estudio en el que se muestra como el tiempo activo y el grado de formación del terapeuta modifican el énfasis que realiza el terapeuta durante consulta y por tanto la calificación de lo que significa un buen momento en terapia.

Factores asociados a la institución

Los errores institucionales que se pueden cometer, es otra de las variables determinantes a la hora de elegir no continuar un tratamiento; en muchas ocasiones las fallas en procesos de derivación, el entorpecimiento en la recepción de datos, en el manejo de información, largos plazos para acceder a las citas, cambios frecuentes de terapeuta, o problemas para encontrar cupos en centros de salud mental, fuerzan a los consultantes a abandonar la terapia (Jo & Almao, 2001); como se puede ver, este tipo de inconvenientes pueden obedecer a las ineficaces políticas en materia de salud mental, los errores administrativos y podrían incluirse como un factor situacional; sin embargo, al considerar la institución como el ambiente específico en el que se lleva a cabo la psicoterapia, merece un apartado individual que le estudie de manera independiente; los consultantes que asisten a consulta externa en los centros mentales docentes sufren de duelos frecuentes por la discontinuidad de los terapeutas, quienes son frecuentemente residentes de turno, que deben cambiar de servicio, lo cual a veces es percibido por el consultante como un abandono, generando desmotivación y enormes deserciones cada vez que se suscita el cambio de terapeuta (Segarra, 1972).

Factores situacionales

Jo y Almao (2001) realizan una recopilación de investigaciones en las que se reconoce factores ambientales tales como la distancia del centro de atención terapéutica, el nivel socioeconómico, motivos laborales, académicos o económicos, descomposición familiar, bajo apoyo o ausencia de redes sociales, ausencia de seguro médico y que son determinantes de la asistencia y permanencia de consultantes en tratamientos psicoterapéuticos; Alcázar (2003), identifica como obstáculos prácticos relacionados con el abandono, los relacionados con problemas de horarios, problemas económicos y falta de tiempo

Si se reconoce el fenómeno de deserción como fenómeno multifactorial, también ha de reconocerse las estrategias de prevención con el mismo carácter; Jo y Almao (2001) sugieren algunas estrategias como establecer contactos telefónicos o de mensajería con los consultantes, realizar capacitación y entrenamiento constante para el terapeuta, incluir intervenciones educativas con el fin de aclarar las posibles inquietudes originadas en el proceso, prevenir y anticipar la probabilidad de abandono mediante la exploración de prejuicios, creencias y expectativas,

evaluar permanentemente la relación consultante-terapeuta e intervenir institucionalmente para mejorar los diferentes procesos asociados con el acceso al servicio, entre otros.

METODO

Participantes

Los consultantes atendidos durante el segundo semestre de 2008, fueron 74; teniendo en cuenta que a partir de este semestre los consultantes diligenciaron previamente el consentimiento informado en el Centro de Estudios y Atención Psicológica CEAPSY de la UPTC, abordando este centro de atención psicológica universitario atendido por practicantes de IX y X semestre cumpliendo con las características del estudio y que actualmente se han considerado como desertores de la atención psicológica es de 44%, con edades comprendidas entre los 4 y 45 años, nivel escolar entre formación básica primaria y educación superior, siendo más frecuente la formación básica, el estado civil predominante es soltero, con un 82%, en su mayoría de la ciudad de Tunja y un estrato socioeconómico entre el nivel I y III.

Instrumentos

Formato de registro de datos para historias clínicas: Elaborado por los autores de la investigación, con el fin de recopilar datos de identificación, datos sociodemográficos, y datos relacionados con el proceso (motivo de consulta, impresión diagnóstica, total de sesiones, número de sesiones por fase del proceso, cambio de terapeuta, remisión, deserción, terapeuta), este formato se encuentra acompañado de un manual de aplicación.

Hoja de registro de datos para entrevista telefónica: Elaborado por los autores de la investigación, contiene además de los datos de identificación de los consultantes considerados desertores, los datos referentes a los determinantes de deserción (motivo textual, variable operacionalizada, motivo textual relacionado con la deserción, relación de la variable con la deserción); de igual forma, el formato se acompaña de un manual en el que se especifican los pasos a seguir para la realización de la entrevista.

Procedimiento

Inicialmente se realizó la recopilación documental, en la que se obtuvieron los datos generales de las historias clínicas correspondientes al segundo semestre de 2008 y se determinaron los grupos de abandonantes y no abandonantes, luego se realizó contacto con los terapeutas, quienes establecieron un contacto previo con cada uno de sus consultantes abandonantes para invitarlos a participar en la investigación; posteriormente, se contactó a los consultantes para la realización de la entrevista y el diligenciamiento del consentimiento informado propio de investigaciones de esta naturaleza y se realizó la entrevista telefónica a cada uno de los participantes.

Para determinar la relación del motivo de consulta y/o hipótesis diagnósticas obtenidas en las historias clínicas con el abandono, se tuvo en cuenta aquellos diagnósticos que tienen evidencia empírica y teórica con relación al abandono, las demás variables se analizaron de acuerdo a las manifestaciones textuales dadas por el consultante en la entrevista telefónica.

Las variables no son excluyentes, es decir que un mismo consultante pudo argumentar más de un motivo relacionado con el abandono, por tanto dicho abandono puede estar relacionado con más de una de las variables de estudio; así, lo que se pretende no es hallar la causa con mayor prevalencia sino la proporción de ocurrencia de cada variable con respecto al total del grupo entrevistado.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos se analizaron y compararon a través de medidas de tendencia central propios de la estadística descriptiva, para establecer tendencias generales de comportamiento de la población.

Con el grupo abandonante, se determinó y analizó la presencia de variables mediante una escala de presencia y ausencia (escala 0-1), desde el punto de vista cuantitativo; de esta manera, luego se analiza la proporción en la que se presenta cada una de las variables, con respecto al total de la muestra, sin determinar las relaciones causales directas sino la ocurrencia de la variable en cada uno de los casos y se analiza el contenido cualitativo que acompaña la escala 0-1, mencionando los atributos y variaciones cualitativas de cada variable; finalmente, se describe las variables en términos de proporciones para determinar la manera en que influyen en la deserción.

La duración de los procesos atendidos durante el periodo de estudio, tienen una extensión que varía entre un día y casi tres meses (206 días), las medidas de tendencia central indican un promedio de 44 días de duración para cada caso con una desviación de más de 30 días y un rango promedio entre siete y 81 días (ver Tabla 2). Durante el tiempo que dura la atención psicológica, cada consultante recibe en promedio un total de cinco sesiones, de las cuales tres se destinan a la evaluación y una a la intervención y en el 55% de los casos la ruptura del proceso terapéutico se da en fase de evaluación.

Los motivos de consulta, están relacionados con problemas académicos, seguidos por problemas de adaptación social en ambientes como el colegio, la universidad o el trabajo, conflictos intrapersonales y familiares respectivamente, eventualmente se presentaron casos relación de pareja, desequilibrios como consecuencia de un evento traumático, de orientación profesional y otros como dificultades para ajustarse a una prescripción médica o preocupación excesiva por la salud. En gran parte de la población objeto de estudio, no se manifiesta de manera concreta una impresión diagnóstica, siendo las más comunes las relacionadas dentro de la categoría de otros

problemas que merecen atención clínica (APA, 2003), seguido de los trastornos relacionados con inicio en la infancia y adolescencia y los trastornos del estado de ánimo (ver Tabla, 1).

Tabla 1. *Diagnósticos identificados por grupos de trastornos*

CATEGORÍA	DIAGNÓSTICO	TOTAL TRASTORNO	TOTAL CATEGORÍA
Trastornos del estado de ánimo	trastorno depresivo mayor	1	4
	Trastorno distímico	3	
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	retardo mental	3	19
	mutismo selectivo	1	
	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	3	
	Comportamiento antisocial en la niñez	1	
	Problemas relacionados con la enseñanza	6	
Trastornos de personalidad	Trastorno de lectura, calculo y expresión escrita	5	1
	trastorno de personalidad paranoide	1	
Trastornos adaptativos	trastorno adaptativo no especificado	1	1
Trastornos relacionado con sustancias	Trastorno inducido por sustancias	1	1
Trastornos somatomorfos	Trastorno somatomorfo indiferenciado	1	25
	abuso sexual	1	
	Duelo	2	
	Problema biográfico	4	
	Problemas paterno filiales	8	
	Problemas de relación de pareja	1	
	Problemas relativos al ambiente social	2	
Trastornos de ansiedad	Problemas con el grupo primario de apoyo	7	3
	Temor específico	1	
	Trastorno de ansiedad generalizada	1	
Sin diagnóstico	Trastorno de ansiedad por separación	1	19

De 74 casos atendidos, 65 casos no lograron finalizar su proceso terapéutico; los resultados se presentan a partir de la información recopilada de 44 consultantes quienes accedieron a formar parte de la investigación.

Los consultantes argumentaron entre una y tres razones para abandonar los procesos terapéuticos, en promedio cada consultante argumentó dos razones, sin contar la relación con la impresión diagnóstica, que se obtiene del análisis de la historia clínica; los motivos manifestados por los consultantes para abandonar la terapia se encuentran distribuidos de manera uniforme entre ambientales, del consultante, y de la terapia y terapeuta, cercanos cada uno al 30% con una leve superioridad hacia los motivos ambientales; algunos consultantes manifestaron otras causas no incluidas en las variables, especialmente referentes a cambios de institución para la atención psicológica o con profesionales particulares, atención en el

colegio, o conceptos médicos de los que dependía la continuidad (ver Figura 1).

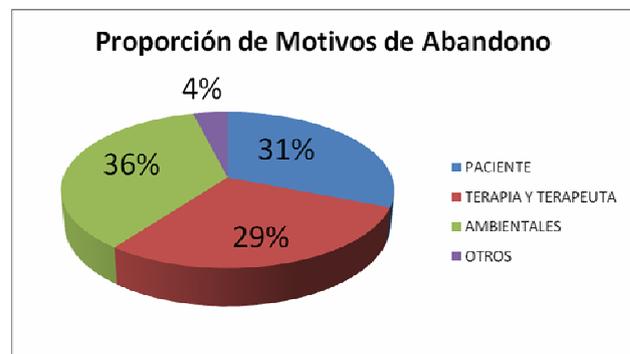


Figura 1. *Proporción de motivos de abandono manifestados.*

Respecto a las variables relacionadas con el consultante, se halló relación entre el abandono terapéutico y el diagnóstico o motivo de consulta en el 23% de los casos estudiados, estos casos corresponden a diagnósticos relacionados con consumo de sustancias, TDAH, rasgos paranoides de la personalidad y agresión escolar; 11 de los casos manifiestan no necesitar la terapia; los problemas psicosociales y ambientales fueron manifestados por el 25% de los consultantes, que atribuyeron el abandono a sucesos inesperados en el ambiente tales como cambios inesperados de residencia, cambios de actividad a raíz del cambio de año (trabajo, estudio, practicas, etc.) y cambio de institución educativa, siendo el evento más mencionado la ruptura de la continuidad con el terapeuta.

Respecto a las variables asociadas con la terapia y el terapeuta, el 32% de los consultantes manifiestan una sensación de mejoría, disminución de los síntomas y bienestar subjetivo como consecuencia de la terapia que contribuyen a decidir el abandono del proceso sin concertarlo con el terapeuta; en estos casos, los consultantes manifiestan también una disminución en la percepción de importancia del proceso y la capacidad de sobrellevar el problema solos desde ese punto en adelante (ver Tabla 2).

En el 36% de los casos, insatisfacción con las actividades llevadas a cabo durante el proceso, o con el rol del terapeuta dentro del mismo.

Tabla 2. Porcentaje variables relacionadas con la deserción en el total de la población (74 consultantes).

GENERALES	ESPECÍFICAS	DESERCIÓN	NO DESERCIÓN
Relacionadas con el consultante	Impresión Diagnóstica	23%	77%
	Percepción de no necesitar terapia	25%	75%
	Problemas Psicosociales y ambientales	25%	75%
	Sensación de mejoría	32%	68%
Asociados al terapeuta y a la terapia	Insatisfacción con el tratamiento y/o el terapeuta	36%	64%
Motivos institucionales	Motivos Institucionales	18%	82%
	Motivos Laborales y/o académicos	30%	70%
	Motivos económicos	16%	84%
Contextuales	Problemas de acceso al centro	5%	95%
	Otros Motivos	9%	91%

Al analizar los factores asociados al contexto, el 18% de consultantes manifestaron haber percibido ineficiencia en los procesos institucionales y esto los motivó para abandonar la consulta; el 30% de los consultantes manifestaron inconvenientes laborales o académicos que no les permitieron continuar con el proceso terapéutico; el 16%, inconvenientes económicos. Dentro de otros motivos que llevan a optar por el abandono terapéutico, cuatro pacientes mencionaron haber cambiado de terapeuta o centro de atención por recomendación de las instituciones educativas o por facilidades personales (ver Tabla 2).

DISCUSIÓN

Cuando se habla de factores predisponentes del abandono terapéutico, no se ha logrado tener claridad sobre la influencia de características tales como la edad, el sexo o el nivel educativo y social; sin embargo, tienden a relacionarse las edades extremas (niñez y vejez) con altas tasas de deserción; teniendo en cuenta que el 70% de la población consultante son niños y adolescentes se podría decir que esta es una variable determinante para el abandono. (Jo & Almaso, 2001).

De acuerdo a los teóricos, los motivos de consulta relacionados con esquizofrenia, problemas de personalidad, problemas de agresión y delincuencia, TDAH, y consumo de sustancias y trastornos paranoides causan frecuentemente deserción, sin embargo, al analizar los motivos de consulta en el CEAPSY durante el segundo semestre de 2008, estos están relacionados con problemas académicos y de adaptación en las instituciones educativas en su mayoría y la iniciativa de solicitar la terapia proviene en su mayoría de los padres de familia, profesores y directivos de los planteles educativos, aunque este aspecto ratifica los datos obtenidos por Buitrago en el 2007, respecto a los motivos de consulta predominantes en el CEAPSY, estos diagnósticos, no guardan relación directa los trastornos con evidencia empírica de abandono, por tanto se anticipa una relación baja con esta variable.

Con respecto al nivel socioeconómico se menciona este aspecto como relacionado con el abandono, en este estudio, en la mayoría de casos no fue posible establecer el nivel socioeconómico de los consultantes ya que no se encuentra registrado en las historias clínicas, lo que imposibilita establecer relaciones significativas para el grupo entre esta variable socio demográfica y el abandono, sin embargo, a

partir de los datos existentes y las características del centro es posible ubicar a los consultantes, entre los estratos II y III, seguidos por el estrato I y eventualmente pacientes pertenecientes a niveles socioeconómicos altos. Al revisar las condiciones en las que estos sectores sociales reciben la prestación de servicios psicológicos en las entidades estatales de salud, se puede relacionar la preferencia del CEAPSY para estas necesidades con las condiciones económicas, de tiempos y atención que el centro ofrece (Ley 100 de 1992); sin embargo, con respecto a la deserción es difícil establecer una tendencia general con respecto al nivel socioeconómico.

La deserción total ocurrida en el segundo semestre de 2008 en el CEAPSY se encuentra por encima del 80% del total de casos, lo que indica que es significativamente superior a los registros más altos, de entre 25 y 69% (Alcázar, 2007; Freire, 1986; Haynes, 1979); sin embargo, la literatura también reconoce la dificultad para determinar cifras de ocurrencia del fenómeno en las investigaciones, ya que los rangos de ocurrencia de deserción terapéutica son diversos en los distintos estudios oscilando entre el 20 y hasta el 90%, aunque las tendencias más usuales lo ubican por debajo del 60%; en otros centros de atención de carácter público, y vinculados a instituciones médicas de Latinoamérica, estos índices de deserción se encuentran relacionados con inasistencias a partir de la derivación médica y de las mismas variables que se han tomado para el presente estudio.

La mayoría de los pacientes que acuden al CEAPSY residen dentro de la ciudad de Tunja, por tanto se podría inferir que tienen cierta facilidad para acceder al centro de atención, además que la mayoría de los consultantes, reporta que este no es un factor problemático a la hora de recibir la atención psicológica, salvo aquellos casos en los que una misma familia tiene que trasladar a varios de sus miembros y los costos de traslado se incrementan; de acuerdo a Tak Jo y Almao (2001), es común que la deserción sea aun mayor entre consultantes que residen en la ciudad que entre aquellos procedentes de áreas rurales; sin embargo, es difícil establecer esta comparación ya que de los seis casos que corresponden a la clasificación rural/distante, solo uno terminó satisfactoriamente el tratamiento, mientras que de los 59 casos provenientes de la ciudad, ocho terminaron el proceso.

Los procesos terapéuticos llevados a cabo en el CEAPSY durante el periodo de tiempo estudiado tienen una duración de alrededor de un mes y medio desde el momento de apertura hasta el abandono y en este periodo de tiempo asiste a un promedio de 5 sesiones, la desviación estándar de estos datos es de cerca de 37 días lo que indica que la dispersión es elevada y los casos fluctúan entre 1 y 207 días de duración (seis meses) lo cual pone de manifiesto que el grado de avance de cada caso es único y que existen algunos casos con duraciones de alrededor de seis meses y otros, que son la mayoría, con duraciones inferiores a un mes, los datos encontrados son similares a los de estudios

de Haynes (1979) y Chen (1991); sin embargo, de acuerdo a la tendencia central de los datos, se puede afirmar que muy pocos son los consultantes que alcanzan el grado de efectividad óptimo que se localiza entre la sesión ocho y 12 (Alcázar 2007), si se tiene en cuenta que la mayoría de los casos no alcanzan la tercera o cuarta sesión y que el 55% de los casos abandonan antes de culminar la evaluación.

Buela-Casal, Sierra, López y Rodríguez (2001), afirman que al analizar los datos obtenidos con respecto a la deserción es posible confirmar la multifactorialidad del fenómeno, ya que son pocos los casos en los cuales una sola razón motivó el abandono; la tendencia más bien se inclina hacia la configuración de dos o más factores que en cada caso llevan al paciente a no continuar el proceso terapéutico; esto se confirma, al observar que la mayoría de entrevistados relató al menos dos o tres motivos diferentes de abandono y la forma como estas variables se agrupan y configuran puede convertirse en un nuevo objeto de investigación; al estudiar los motivos atribuidos al paciente, la terapia y el terapeuta, y los determinantes del contexto, se encuentra una ocurrencia con una distribución uniforme (alrededor del 30% para cada tipo de motivo) confirmando la idea de que la deserción en el CEAPSY no se desencadena por un solo motivo sino más bien la interacción de varios factores durante el proceso.

Al analizar la variable edad, si se parte de la idea de que el 60% de casos registrados durante el segundo semestre de 2008 son menores de edad remitidos por colegios o traídos por sus padres, y la iniciativa no proviene de manera autónoma del consultante para iniciar el proceso, se puede predecir una tendencia de entrada al abandono terapéutico y un reto mayor para el terapeuta en el camino de conseguir el enganche (Mahoney, 1991); sin embargo, al analizar el porcentaje restante que equivale a los consultantes que acuden por iniciativa, se esperaría que tuvieran un buen pronóstico de adherencia en lo que se refiere a los factores que dependen del paciente, por lo que se puede inferir que son otras determinantes las que inciden en mayor medida en el abandono en estos casos.

La impresión diagnóstica y el motivo de consulta permiten hacer un pronóstico acerca de la probabilidad de adherencia de un consultante; existen trastornos y problemáticas que, dada su naturaleza, hacen difícil, pero no imposible, la alianza terapéutica y el compromiso por parte del paciente (Alcázar, 2007; Mahoney, 1991); los pacientes tienen dificultad para percibir positivamente la ayuda, fijar metas, establecer procesos, y tener una visión optimista de los resultados y estos aspectos, son los que tienden a dificultar el enganche terapéutico incluso antes del contacto con el terapeuta, en el caso del CEAPSY, el 23% de los pacientes presentan problemáticas y diagnósticos que prevén dificultades de adherencia; no se hallan casos con trastornos altamente ligados a la deserción como la esquizofrenia o el trastorno borderline de la personalidad (Lingardi, et al., 2005; Fernández, et al., 2003). En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, la

interacción con elementos contextuales como problemas económicos, falta de apoyo familiar, etc., pueden provocar el abandono, pero no por la mera presencia del trastorno; es decir que en los casos de depresión, el diagnóstico dificulta el enganche en algunos momentos de la terapia pero no se relaciona directamente con tendencias generalizadas de abandono. (Fernández, et al., 2003).

La percepción de no necesitar terapia es manifestada en grado similar a las demás variables en el estudio, lo que confirma que no se puede considerar como una determinante que por sí sola provoque el abandono; en gran parte de los casos, los pacientes pierden la percepción de necesidad urgente del servicio psicológico durante las interrupciones del proceso, que como lo explica (Jo & Almas, 2001), aquellos que presenten alta severidad de síntomas y necesidad urgente de soluciones tienden a adherirse rápidamente a los tratamientos, pero una vez ha desaparecido dicha urgencia, la adherencia es menor; generalmente frente al receso ya sea a causa del consultante o del centro, se encuentra que los consultantes que demandan soluciones urgentes, al no encontrarlas, tienden a utilizar estrategias diversas para solucionar el requerimiento (ayuda de amigo, oración, actividades sociales, cambio de residencia, etc.), que hacen que dicha necesidad disminuya (Alcázar, 2007).

Con respecto a la variable problemas psicosociales y ambientales, fue incluida en los factores del consultante debido a que se trata de eventos del contexto que por sí solos no obligan al abandono terapéutico pero que cambian la percepción del paciente y lo motivan a abandonar (p.e. “el receso me hizo disminuir las ganas de asistir nuevamente a consulta”). A diferencia de la categoría factores relacionados al contexto, en los que se trata de eventos ambientales que obligan a la ruptura del tratamiento (p.e. “el cambio de residencia a Bogotá me imposibilitó continuar con la terapia, pero yo tenía ganas de seguir”), la variable aparece manifestada en un 25% de los casos mostrando un grado de ocurrencia similar a las demás variables y confirma que algunas determinantes del contexto influyen en las percepciones del paciente y lo pueden llevar a abandonar, entre éstas las más importantes tienen que ver con periodos prolongados de tiempo sin continuar con el proceso, en los que el paciente pierde la percepción de utilidad y necesidad del mismo y es más susceptible a abandonar. Como es evidente, esta variable guarda estrecha relación con la percepción de necesidad, que no es estática sino que va cambiando con el correr del tiempo y la dinámica de la vida cotidiana (Mahoney 1991). En el caso de la ruptura por finalización del semestre, el consultante puede interpretar la rotación de terapeutas como un abandono, ante el cual sufre un duelo y genera desmotivación y deserciones (Segarra, 1972).

La variable de sensación de mejoría se relaciona con el abandono terapéutico por causas similares a las ya anotadas en las variables anteriores; especialmente, en los casos en los que se logra realizar sesiones de intervención, cuando la

sensación de urgencia y la presencia de síntomas disminuye, el paciente se ve alentado a abandonar el proceso pues se aumenta la visión optimista del problema y lo percibe como fácil de enfrentar sin ayuda (Iraurgi, 1992); sin embargo, la probabilidad de recaídas es elevada y la eficacia del tratamiento se ve disminuida, con la posibilidad de incrementar los síntomas en frecuencia e intensidad; el 32% de las personas entrevistadas atribuyen a esta razón el motivo de abandono y puede interpretarse que, o no existió una comunicación efectiva con el terapeuta para prever éste fenómeno, natural en los tratamientos psicológicos, o pese a las recomendaciones del terapeuta, el consultante decide abandonar al lograr los primeros resultados positivos del proceso.

El 36% de los entrevistados manifestaron algún tipo de inconformidad con el proceso terapéutico propiamente dicho o con el rol del terapeuta dentro del mismo, si bien una cosa son los problemas del proceso y otra cosa los del terapeuta, en este estudio se agrupan en la misma categoría ya que el paciente no posee los criterios necesarios para diferenciar cuando su insatisfacción se refiere al uno o al otro; la ocurrencia de este motivo puede revelar que efectivamente existen problemas relacionados con la terapia o el rol del terapeuta, pero también se encuentran mediados por las percepciones y expectativas que el paciente trae consigo a la sesión (Marci, et al., 2007). En esta investigación solo se hace una aproximación a los factores presentes y el grado de presencia, sin pretender abordar profundamente las variables; sin embargo, es posible detectar algunas características como deficiencias en la comunicación por las cuales el paciente abandona el proceso con dudas sin resolver y elecciones inadecuadas de técnicas con respecto a las características y necesidades del paciente.

El 18% de los pacientes manifiestan haber tenido inconvenientes con el centro, especialmente en lo que tiene que ver con el costo de las consultas y la información referente a la secuencia de los procesos (p.e. “no sé bien si tenía que volver o no, no supe cuanto valía la consulta, si era consulta o valoración, quien debía atenderme” etc.). Esta variable pertenece a situaciones contextuales que motivan el abandono (Jo & Almas, 2001); partiendo de lo anterior, se evidencian fallas institucionales con el conocimiento de todos sus miembros sobre la orientación al paciente, las condiciones de atención, las tarifas para los diversos servicios, y la designación de algunas funciones al interior del centro y aunque el porcentaje es reducido respecto a otras variables, se trata de casos que podrían haber permanecido y deciden abandonar por este tipo de errores institucionales.

Los motivos académicos y/o laborales son manifestados en el 30% de los casos y dependen del contexto específico del consultante y los compromisos que ha adquirido y le impiden asistir a consulta; a pesar de tratarse de una variable difícil de intervenir y que no depende del terapeuta o la institución, se pueden establecer estrategias como la

flexibilización de horarios y tiempos de atención para un buen número de casos que podrían continuarse satisfactoriamente si se soluciona este inconveniente. (Jo & Almas, 2001). Los motivos económicos son manifestados en un menor grado pero también provocan algunos abandonos, especialmente provenientes de los niveles socioeconómicos inferiores, que son precisamente los mayores usuarios del centro; de acuerdo a la naturaleza de la institución, puede pensarse en estrategias de flexibilización en las que se tenga en cuenta las condiciones del paciente y las posibilidades para cancelar el servicio, sin abandonar el carácter simbólico que adquiere la paga por la atención, como una herramienta para el enganche terapéutico. (Mateluna, Weldt, Almarza, & Reyes, 2005)

REFERENCIAS

- Alcázar, R. (2007) Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Bados, A., García, E., & Fusté, A. (2002). Eficacia y Utilidad Clínica de la Terapia Psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.
- Beahrs, J., & Gutheil, T. (2001) Informed consent in psychotherapy. *American Journal Psychiatry*, 158(1), 4-10.
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva: Problemas en la Terapia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Buela-Casal, G., Sierra, J., López, M., & Rodríguez, I. (2001) Habilidades Terapéuticas y del Terapeuta. En G. Buela-Casal, & J. Sierra, (Eds.), *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. (pp. 25-39). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Buitrago. L. (2007). Las causas de mayor incidencia de malestar psicológico de los usuarios del CEAPSY. *PSILABAS*, 2(2), 42-58.
- Castilla, A. & Castilla, L. (2001). El consentimiento informado en Psicoterapia. *Revista Asociación española de Neuropsiquiatría*, 21 (80), 23- 36.
- Chen, A. (1991). Noncompilance in comunitary psychiatry, a review of clinical interventions. *Hospital comunitary psychiatry* 42, 282-287.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Del Rio, C., Borda, M., Pérez, M., & Martin, A. (2003). Ética de las relaciones duales en psicoterapia. *Psicothema*, 15(1), 58-64. Recuperado el 3 de Octubre de 2008 de <http://www.psicothema.com/pdf/1023.pdf>
- Echeburrua, E., & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 181-204.
- Fernández, J., López, J., Landa, N., Ilescas, C., Lorea, I., & Zarzuela, A. (2003). Trastornos de personalidad y abandono terapéutico en pacientes adictos: Resultados en una comunidad terapéutica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 4(2), 271-283.
- Freire, B. (1986). Interrupción prematura en psiquiatría. Una revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 16, 22-42.
- García, A., & Rodríguez, J. (2005). Factores de personalidad en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 29-36.
- Haynes R. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Iraurgi, J. (1992). Estimación de riesgo de abandono a los tres y seis meses en un servicio de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12(45), 173-178.
- Jo, T.; & Almas, S. (2002) Abandono del tratamiento en una consulta externa del psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de portalesmédicos.com*. Recuperado el 5 de agosto de 2008 de http://www.portlesmedicos.com/monografias/abandono_tratamiento/index.htm.
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100, por la cual se reglamenta el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogota, Colombia. Recuperada el 13 de junio de 2008, <http://www.col.opsoms.org/juventudes/situación/LEGISLACIÓN/SALUDYDEPORTE/SL10093.htm>
- Congreso de Colombia (2006, 6 de septiembre). Ley 1090, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Bogotá, Colombia. Diario oficial 46383. Recuperado el 20 de noviembre de 2006, http://www.wikilearning.com/articulo/ley_1090_del_psi_cologo_colombiano-disposicion_legal_del_congreso_de_la_republica/24022-8.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1) 45-53. Recuperado el 11 de mayo de 2008 de la base de datos PROQUEST (proquest Psychology Journals, 45)
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: the Scientific Foundations of Psychotherapy*. (1st Ed.). New York., USA: Basic Book.
- Mateluna, X, Weldt, C., Almarza, E., & Reyes, M. (2005) Medición de la calidad del servicio de Salud Mental de un servicio de salud universitario en función de los índices de satisfacción de un grupo de usuarios. *Terapia psicológica*, 23(2), 45-54. Recuperado el 10 de octubre de 2008 de <http://redalyc.uaemex.mx/>.
- McNeill, B., May, R., & Lee V. (1987). Perceptions of counselor source characteristics by premature and successful terminations. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 86-89.
- Overall, B., & Aronson, H. (1963). Expectations of phychotherapy in patients of lower socio-economic class.

American Journal Orthopsychiatri. 33, 421-430.

Rodríguez, V. (1990). *El afecto del terapeuta como agente psicoterapéutico de primer orden*. Madrid, España: Autor.

Segarra, A. (1972). *Medicina preventiva y social*. León, España: Instituto Fray Bernardino de Sahagun.

Steenbarger, B. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: an integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(2), 111-119.

Sterba, R. (1940). The dynamics of dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363-379.

Walsh, R., Perrucci, A., & Severns, J. (1999). What's in a Good Moment: A Hermeneutic Study of Psychotherapy Values Across Levels of Psychotherapy Training. *Psychotherapy Research*. 9(3), 304-326. Recuperado el 11 de mayo de 2008 de la base de datos PROQUEST (Proquest Psychology Journals).