



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Montevideo, 11 de julio de 2020

***Psicoterapias en el Sistema Nacional Integrado
de Salud: vivencias de los usuarios respecto a
los cambios autopercebidos y a las
características de la atención recibida***

Tesis presentada con el objetivo de obtener el título de
Magíster en Psicología Clínica

Autora: María Juliana Artola Bruno

Director de Tesis: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

Directora Académica: Prof. Agda. Rosa Zytner

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Tesis de Maestría:

Título: *Psicoterapias en el Sistema Nacional Integrado de Salud: vivencias de los usuarios respecto a los cambios autopercebidos y a las características de la atención recibida*

Autora: Lic. en Psic. María Juliana Artola Bruno

Tutor: Prof. Dr. Ricardo Bernardi

Carrera: Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología Universidad de la República

Puntaje:

Tribunal

Profesor.....

Firma.....

Profesor.....

Firma.....

Profesor.....

Firma.....

Fecha:

.....

Agradecimientos

A mi tutor Ricardo Bernardi, por la confianza y apoyo en este proceso, alentándome a nuevos desafíos y compartiendo con solidaridad su vasta experiencia.

A Rosa Zytner que me acompañó en cada etapa de la maestría, con calidez y cercanía.

A Laura Schwartzman, por su disposición y orientación permanente mediante su lectura atenta.

A quienes participaron de esta investigación, por compartir sus experiencias, sin ellos no hubiera sido posible esta tesis.

A la mutualista por abrirme las puertas.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) por brindarme su apoyo a través de la Beca de Posgrado Nacional.

A la Facultad de Psicología, por darme la oportunidad de seguir aprendiendo. En especial a los docentes y funcionarios que participaron de mi tránsito por la Maestría.

A Adriana Miniño, del Departamento de Documentación y Biblioteca, que con generosidad contribuyó con la búsqueda bibliográfica y con la revisión de las Referencias bibliográficas.

A mis amigas y compañeras, quienes estuvieron presentes a lo largo de este proceso. Por su aliento constante y por las risas compartidas.

A mi familia, por acompañarme en todos mis proyectos. Especialmente a mi madre.

A Diego, por apoyarme en cada nuevo desafío.

Lista de abreviaciones

APA: American Psychological Association (Asociación Estadounidense de Psicología)

APU: Asociación Psicoanalítica del Uruguay

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

AUDEPP: Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica

CIC-P: Centro de Investigación Clínica en Psicología

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CSIC: Comisión Sectorial de Investigación Científica

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

FCC: Formulación Clínica del Caso

IMAC: Institución Médica de Asistencia Colectiva

IMM: Intendencia Municipal de Montevideo

MSP: Ministerio de Salud Pública

PIPSM: Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

PNSM: Programa Nacional de Salud Mental

SAP: Servicio Clínico de Atención Psicológica

SAPPA: Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial

SPR: Society for Psychotherapy Research (Sociedad para la Investigación en Psicoterapia)

SU: Satisfacción de usuarios

SUAMOC: Uruguay de Análisis y Modificación de la Conducta

UdelaR: Universidad de la República

Resumen en español y palabras clave

La presente investigación describe y analiza las vivencias de usuarios adultos que realizaron psicoterapias en el marco de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), respecto a los cambios autopercebidos y a las características de la atención recibida.

A partir del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (2011) se han desarrollado y consolidado las prácticas psicoterapéuticas en el marco de una política sanitaria de alcance universal y enmarcada en la creación del SNIS (2005). La inclusión de psicoterapias en el SNIS supone grandes desafíos, en tanto implica modificaciones en las condiciones y contextos de dichas prácticas que históricamente se realizaron en la órbita del consultorio privado. Se vuelve entonces necesario conocer y analizar las nuevas realidades asistenciales, en particular las vivencias de los pacientes que tienen un rol preponderante en el éxito o fracaso de esta iniciativa.

Se trata de un estudio fenomenológico, de alcance exploratorio, realizado en forma transversal y retrospectiva. Se empleó un diseño cualitativo. Se efectuaron entrevistas en profundidad a sujetos adultos que finalizaron sus psicoterapias en una mutualista de Montevideo, las que se analizaron utilizando el Análisis de Contenido Temático. Dicho método se definió a partir de la realización de una entrevista piloto. Asimismo, se utilizó la revisión de historias clínicas y la aplicación de un cuestionario con opciones múltiples elaborado por la investigadora como herramientas complementarias a la entrevista en profundidad y cuyos resultados se triangularon con los de las entrevistas con la finalidad de enriquecer y profundizar los hallazgos.

Los principales hallazgos se vinculan con el valor de las vivencias del paciente como fuente de información que contribuye con la evaluación de las prestaciones en este nuevo contexto. Todos los pacientes consideran que hubo cambios como consecuencia de la psicoterapia; vivenciando cambios cognitivos, comportamentales, afectivos y en las vivencias de los problemas. Se da especial importancia al vínculo con el terapeuta como motor del cambio. La accesibilidad de la prestación resultó un componente especialmente valorado. La investigación resulta un aporte para la academia, para la salud pública y para el campo de estudios de la psicoterapia en contextos institucionales.

Palabras clave: Psicoterapia, Vivencias del paciente, Sistema de salud

Resumen en inglés y palabras clave

The present study describes and analyzes the experience about self-perceived changes and the characteristics of the care received in adult's users of the health system, who performed psychotherapy as one of the benefits of the National Integrated Health System (NIHS).

Since the implementations of mental health benefits (2011) the practice of psychotherapy has been developed and consolidated as part of the universal health policy of the NIHS.

The inclusion of psychotherapy in the NIHS was a great challenge changing the usual environment of this therapy, being usually in private practice. It is important then to know the failure or success experienced by the patients about this.

This is a phenomenological, qualitative and exploratory investigation. Performed transversally and retrospectively. Adults from one private health institution in Montevideo who has concluded psychotherapy were interviewed. The interviews were analyzed using the Thematic Content Analysis. A pilot interview was performed in order to select the analysis method. Revision of clinic history and a closed multiple choice questionnaire made by the main investigator were used as complementary tools, whose results were triangulated with those of the interviews in order to enrich and deepen the findings.

The findings are related to the value of the patient's experiences as a source of information that contributes to the evaluation of of this new benefit.. All the patients consider that there were changes as a consequence of psychotherapy; experiencing cognitive, behavioral, affective changes and in the experiences of problems. Special importance is given to the therapeutic relationship is an important component of change in the patient. The accessibility of the service was a particularly valued component of the benefit. The present study contributes to the academy knowledge, the public health and the study of the psychotherapy impact in the institutional environment.

Key words: Psychotherapy, Patient's experience, Heath system

Tabla de contenidos

Introducción.....	9
<i>Capítulo 1: Fundamentación y antecedentes</i>	12
1.1. El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud	12
1.1.1. Contexto de surgimiento.....	12
1.1.2. La Salud Mental como parte de las políticas en salud	14
1.1.3. Las prestaciones del PIPSM.....	16
1.2. Las prácticas psicoterapéuticas en el nuevo contexto.....	18
1.2.1. Tensiones y desafíos.....	18
1.2.2. Importancia de su investigación.....	19
1.3. Antecedentes.....	21
1.3.1. Surgimiento y desarrollo de las investigaciones en psicoterapia a nivel internacional	21
1.3.2. Las investigaciones en psicoterapia en la actualidad.....	23
1.3.2.1. Práctica basada en la evidencia en Psicología.....	24
1.3.3. Antecedentes nacionales de investigación en psicoterapia.....	25
<i>Capítulo 2: Fundamentos teóricos y estado del arte</i>	28
2.1. Las Psicoterapias	28
2.2. Psicoterapia y cambio.....	30
2.2.1. Investigaciones sobre factores comunes al cambio	30
2.2.2. Factores comunes de cambio en psicoterapia (1).....	31
2.2.3. Modelos basados en los factores comunes (2)	32
2.3. Las psicoterapias como políticas públicas en los sistemas de salud.....	34
2.3.1. Investigaciones en psicoterapia en los sistemas de salud	35
2.4. La perspectiva del paciente en las investigaciones en psicoterapia	37
2.5. Vivencia como categoría de análisis de la perspectiva del paciente en investigación en psicoterapia.....	38
2.6. Bienestar subjetivo como medida de resultado	39
<i>Capítulo 3: Formulación de la investigación</i>	41
3.1. Formulación del Problema de investigación.....	41
3.1.1. Preguntas de investigación.....	42
3.2. Objetivos.....	43
<i>Capítulo 4: Metodología de la investigación</i>	44
4.1. Enfoque metodológico	44

4.2.	Diseño de la investigación	46
4.3.	Métodos y procedimientos	48
4.3.1.	Técnicas de recolección de datos.....	48
4.3.2.	Muestra	51
4.3.2.1.	Procedimiento de recolección de los datos	53
4.4.	Análisis de datos.....	53
4.4.1.	Análisis de las entrevistas en profundidad	54
4.4.2.	Cuestionarios con opciones múltiples y revisión de historias clínicas	58
4.5.	Consideraciones éticas.....	58
4.5.1.	Consentimiento informado.....	59
Capítulo 5: Presentación y análisis de resultados		61
5.1.	Consideraciones generales.....	61
5.2.	Características de la muestra	62
5.3.	Entrevistas en profundidad: presentación y análisis.....	64
5.3.1.	Categoría Central: Vivencias de cambio	65
5.3.2.	Categoría central: Vínculo terapéutico y cambios	81
5.3.3.	Categoría central: Particularidades de la psicoterapia en la mutualista..	85
5.3.4.	Esquema de análisis de entrevistas en profundidad	93
5.4.	Cuestionario con opciones múltiples: presentación de resultados.....	95
5.5.	Revisión de Historias clínicas de pacientes entrevistados: presentación de información relevante	99
5.6.	Triangulación de resultados.....	100
Capítulo 6: Discusión.....		102
Capítulo 7: Conclusiones.....		118
7.1.	Limitaciones y dificultades de la investigación	123
7.2.	Investigaciones futuras y aportes de la investigación	124
Referencias bibliográficas		126
Anexos		145
Anexo 1: Pauta de entrevista.....		145
Anexo 2: Cuestionario con opciones múltiples		149
Anexo 3: Consentimiento informado.....		152
Anexo 4: Hoja de información.....		154

Introducción

La presente Tesis se enmarca en la Maestría de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Se trata de un estudio que describe y analiza las vivencias de pacientes adultos que realizaron psicoterapias en el marco de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), respecto a los cambios autopercebidos y a las características de la atención recibida. Dichas prestaciones comienzan a regir para todo el sistema de salud en Uruguay en el año 2011, a partir del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM) como parte de una importante reforma sanitaria que tiene como resultado la creación del SNIS (2005). Dicha reforma se caracterizó por un cambio del modelo de atención y gestión, pasándose de un modelo fuertemente asistencial a uno salubrista donde la equidad en el acceso, la promoción y la prevención pasan a tener un rol preponderante.

El PIPSM incluye por primera vez a las psicoterapias como parte de los recursos en salud, dando respuesta a reclamos y anhelos de diferentes sectores de la población (sociedad civil organizada, agrupaciones de psicólogos, psiquiatras, familiares de pacientes con padecimientos psiquiátricos, entre otros). Al mismo tiempo implica grandes desafíos debido a que supone modificaciones en las condiciones y los contextos de las prácticas psicoterapéuticas que tradicionalmente se desarrollaban en el ámbito del consultorio privado.

En este sentido, si bien en Uruguay existe una amplia trayectoria en la práctica de las psicoterapias en la órbita del ejercicio liberal de la profesión, esta incorporación implica la necesidad de revisar dichas prácticas para adaptarlas a una nueva realidad asistencial. La introducción del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones prestadoras en la regulación y seguimiento de lo que ocurre en el consultorio hacen que sea necesario discutir y evaluar tanto las prácticas singulares como la política sanitaria. En este nuevo contexto las vivencias de los pacientes en relación con los cambios que ocurren a partir de las psicoterapias como con los nuevos contextos institucionales y la atención, pasan a tener un rol preponderante en el éxito o fracaso de esta iniciativa.

Las vivencias de los pacientes sobre la psicoterapia (incluyendo en ésta los contextos en las que ocurren) son fuente de evidencia, en tanto permiten comprender y analizar

las experiencias subjetivas de los usuarios, contribuyendo a las prácticas basadas en la evidencia respaldadas y promovidas por la American Psychological Association (APA, 2006).

La investigación sobre las prestaciones en psicoterapia en el marco del SNIS resulta fundamental porque implica un compromiso ético de la comunidad de psicoterapeutas e investigadores en relación con la evaluación, mejora y optimización de las intervenciones clínicas dirigidas a mejorar la salud mental de los usuarios; constituyéndose en un aporte fundamental para la academia, para el área clínica de la psicología y para la salud pública.

Se trata de un estudio fenomenológico, de alcance exploratorio, realizado en forma transversal y retrospectiva, que se llevó a cabo con un diseño cualitativo, en el entendido que desde éste es posible aportar a la comprensión de las vivencias de los pacientes.

El texto se estructura en siete capítulos. La organización y linealidad planteadas para la presentación de esta Tesis no responde necesariamente al proceso de investigación, el que estuvo caracterizado por la revisión permanente de la bibliografía y de lo ya escrito, por el encuentro constante con hallazgos que se vinculaban con el tema y hacían necesario revisar una y otra vez lo producido.

A modo de orientación, se describe brevemente el contenido de cada capítulo.

En el *Capítulo 1* se desarrolla la Fundamentación y antecedentes. Se realiza una contextualización del surgimiento del Plan de Implementación de las Prestaciones de Salud Mental y de la inclusión de la Salud Mental como parte integral del concepto de salud. Se exponen las principales tensiones y desafíos que implican la incorporación de las psicoterapias en el campo de la política pública; así como las principales tendencias de investigación en este campo. Se presentan también los antecedentes nacionales e internacionales.

En el *Capítulo 2*, Fundamentos teóricos y estado del arte, se desarrollan los conceptos centrales de la investigación, así como los referentes y corpus teóricos en relación con la misma. Se realiza además una actualización bibliográfica de investigaciones en temas afines.

En el *Capítulo 3*, Formulación de la investigación, se presenta el problema de investigación, los objetivos y preguntas de investigación.

En el *Capítulo 4*, Metodología de la investigación, se presenta el enfoque metodológico utilizado (enfoque cualitativo) y la justificación de la elección de este enfoque. Además, se expone el diseño de investigación, las técnicas de recolección de datos utilizadas, el método de análisis de datos y las consideraciones éticas.

En el *Capítulo 5*, Presentación y análisis de resultados, se presentan los resultados de la investigación mediante la caracterización de la muestra, la presentación y análisis de la entrevista en profundidad (Categorías Centrales, Subcategorías y sus dimensiones), la exposición de los resultados del cuestionario con opciones múltiples, y la presentación de la información relevante recabada mediante la revisión de historias clínicas; presentándose la triangulación de los resultados obtenidos mediante las diferentes técnicas de recolección de datos.

En el *Capítulo 6*, Discusión, se profundiza en la triangulación de los resultados, en diálogo con conceptos teóricos e investigaciones ya existentes. Este capítulo es orientado por la literatura, permitiendo profundizar el material surgido del análisis, con el corpus teórico y con resultados de investigación.

En el *Capítulo 7*, Conclusiones, se presentan los principales hallazgos del estudio, así como las reflexiones y aportes surgidos de éste. Además, se exponen las dificultades y limitaciones del estudio, se presentan las posibles líneas futuras de investigación y los principales aportes de la investigación.

Capítulo 1: Fundamentación y antecedentes

1.1. El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud

1.1.1. Contexto de surgimiento

En el año 2005 en el Uruguay comenzó una de las reformas más grandes del sistema de salud: la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esta reforma implicó un cambio del modelo asistencial, del financiamiento, la gestión y participación activa y organizada de la sociedad (Ginés, 2005). Los principios rectores del nuevo sistema buscan asegurar en forma universal y equitativa los servicios que garanticen respuestas satisfactorias a las necesidades de salud de la población (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2011). Con el SNIS, la salud comienza a ser considerada como un derecho a ser conquistado, adquiriendo su dimensión política. Asimismo, con esta reforma las respuestas en salud pasan a incluir no solo la rehabilitación, sino también la prevención y promoción.

En este contexto de reforma de la salud, la inclusión de psicoterapias como política sanitaria de alcance universal para determinados grupos poblacionales se realizó en 2011, con la puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Mental a través del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental¹ (PIPSM) del SNIS que establece acciones y metas concretas para la asistencia en salud mental. El PIPSM es el resultado final de una serie de programas y documentos programáticos que fueron abordando y reconociendo la importancia y la necesidad de la atención en salud mental, al mismo tiempo que se sustenta en múltiples experiencias de atención en

¹ Cabe mencionar que las prestaciones en salud mental en general y en psicoterapia en particular, comenzaron a ser incluidas en los sistemas de salud de los países desarrollados hace décadas. En la actualidad existen muchos países, tanto a nivel internacional como regional, que integran a sus sistemas de salud dichas prestaciones. Si bien se reconoce la importancia de este hecho en tanto contextualiza lo que ocurre en Uruguay con la realidad internacional y regional; se considera que profundizar en las particularidades de cada uno de estos sistemas, así como en las similitudes y diferencias con respecto al sistema uruguayo, no es relevante para el problema y objetivos propuestos en la presente investigación y hacerlo implicaría detenerse para realizar un amplio desarrollo que excedería los límites de este estudio.

salud mental que generaron las bases para dicho plan. Éste supone entonces una respuesta a largos esfuerzos realizados desde diferentes sectores de la población².

En cuanto a los antecedentes del PIPSM, se destacan:

En 1986 se creó el Programa Nacional de Salud mental que materializó y enunció el trabajo iniciado a partir de la salida democrática (Ginés, 2005). Éste fue promovido por un amplio movimiento desde múltiples sectores de la población organizada, que tuvieron un rol destacado en su elaboración: grupos de familiares de personas con trastornos mentales, Universidad de la República (UdelaR), sociedades científicas y gremiales, entre otros (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2013). A partir de este momento se creó también la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental.

En 1996 la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) elaboró una estrategia independiente para el abordaje del problema de la salud mental a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental.

En 2005, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud que promovió un cambio sanitario en todas las áreas, la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental actualizó el diagnóstico de situación y estableció los *problemas más importantes*, entre los que se destacó el retraso en la incorporación de las psicoterapias (Acuña y Sánchez, 2014).

En 2005 se creó también la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP y en el año 2010 se comenzó a elaborar el PIPSM, que empezó a regir en 2011 para todas las prestadoras públicas y privadas del país. Hasta ese entonces existían experiencias aisladas de asistencia en psicoterapia, las que se desarrollaban en policlínicas, servicios universitarios y otros.

En cuanto a las experiencias de atención en salud mental existentes antes de la creación del PIPSM, se destacan:

² En términos de avances en la legislación y reglamentación en Salud Mental en nuestro país, este año se aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2020 – 2027, el que tiene por cometido ser un instrumento para la puesta en práctica de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud mental de forma integral y de calidad. Este plan surge con la finalidad de dar el cumplimiento de la nueva Ley de Salud Mental aprobada y promulgada en Uruguay en el 2017 (Ley 19.529). El plan se elaboró de forma intersectorial e interdisciplinaria (MSP, 2020).

- En el marco de la Universidad de la República el Servicio Clínico de Atención Psicológica (SAP), creado en 1988 y cuya sede fue el Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela (Contino, 2015); el Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas (Fernández, Gerpe y Villalba, 2010) y el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial (SAPPA) resultado del Convenio entre el MSP y la Facultad de Psicología - UdelaR (Zytner, 2011). Estos servicios contaron con una amplia experiencia acumulada a partir de su trayectoria en docencia, investigación y asistencia a la población, por lo que realizaron importantes aportes al PIPSM.
- También existieron experiencias de atención psicológica en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IMM) y en policlínicas barriales (MSP, 2011).
- Asimismo, algunas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y empresas realizaban atención psicológica y psicoterapia (MSP, 2011).
- Por su parte, la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay contaba con un servicio de psicoterapia de aranceles sociales (MSP, 2011), existiendo también instituciones científicas que contaban con servicios con aranceles reducidos (Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU), Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), Instituto de Intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas (Ágora), entre otras).

1.1.2. La Salud Mental como parte de las políticas en salud

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto se trata de un asunto singular y colectivo al unísono. Desde las ciencias sociales se considera a la salud, entonces, como la interacción entre múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos (Alcántara, 2008).

La definición de salud dada en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la conceptualiza como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948, p.1). En esta misma declaración, la OMS postula la importancia del desarrollo de ésta por parte de los estados, afirmando que son los estados los responsables de asegurar el acceso equitativo e integral a la

salud (OMS, 1948), la que es considerada un derecho a ser conquistado, que incluye la promoción y prevención además de la rehabilitación y que necesita de la intersectorialidad para ser abordada. La definición de la OMS sigue teniendo plena vigencia, dado que conforma una síntesis que propone integrar múltiples aspectos³. Asimismo, ésta posiciona por primera vez a la salud mental como un elemento de la salud integral, incluyendo una diversidad de componentes que integran el bienestar de las personas. Entonces, a pesar de las críticas e inconvenientes epistemológicos que pueda presentar este concepto⁴, es innegable su utilidad para estudiar una realidad compleja, necesitada de abordajes interdisciplinarios (Alcántara, 2008). Esta definición es, más que un estado que se pueda alcanzar, una meta a la que aspirar, proporcionando un contexto o marco para definir objetivos en salud (Rodríguez-García y Goldman, 1996).

En cuanto a la salud mental, se define como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a sus comunidades” (OMS, 2004, p.4). La salud mental según la OMS está relacionada tanto con la promoción de bienestar como con la prevención de trastornos mentales, así como con el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por malestares psicológicos. Interesa destacar que en Uruguay, la nueva Ley de Salud Mental aprobada y promulgada en el 2017 (Ley 19.529), suscribe a la definición expuesta. Además, dicha Ley tiene por finalidad garantizar el derecho a la protección de la salud mental para toda la población usuaria del SNIS, estableciendo una serie de principios rectores y Derechos que significan un avance en términos del acceso y de garantías en Salud Mental para Uruguay.

La prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial es muy alta. Estos trastornos contribuyen a la morbilidad, discapacidad y a la mortalidad prematura. En este sentido, en el año 2001 la OMS (como se citó en Acuña y Sánchez, 2014) afirmó que:

³ El concepto de salud de la OMS tiene que ser analizado y evaluado tomando en cuenta su propósito normativo y su carácter institucional, que es el punto de partida de múltiples programas, proyectos y políticas de salud a nivel local, regional y mundial.

⁴ Si bien no se desarrollará este punto, es lícito mencionar que el principal problema epistemológico que presenta el concepto de *salud* de la OMS es que se da por sentado que existe consenso universal en relación con lo que significan los términos claves de la definición (salud, bienestar, etc.); posicionándose como una definición ahistórica y apolítica (Navarro, 1998).

Aproximadamente 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a trastornos mentales y representan el 12 % de la carga de morbilidad global (...) cinco de las diez principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos compulsivos. (Acuña y Sánchez, 2014, p.197)

Estudios epidemiológicos muestran diferentes tasas de prevalencia. No se disponen datos referentes a Uruguay⁵ (MSP, 2011, p.7); pero en base a estudios realizados en otros países es posible suponer que alrededor de un 25% de la población presenta algún tipo de malestar psíquico en el año (Bernardi, 1996). Además, otros estudios indican que los trastornos mentales son la tercera causa de internación, la primera causa de consulta al médico general para las mujeres y la primera causa de pérdida de días laborales para los varones (Acuña y Sánchez, 2014).

Todos lo expuesto hasta aquí alerta sobre la importancia de brindar asistencia en salud mental de calidad que aborde su especificidad y que al mismo tiempo esté incluidas dentro de las prestaciones en salud, de forma de poder dar respuesta a los sufrimientos de las personas⁶. La reforma en el sistema sanitario (2005) así como la creación del PIPSM (2011) constituyen dos mojones fundamentales para la comprensión de la salud mental como parte de la salud integral y para el abordaje de la salud mental como derecho, haciendo frente a las desigualdades existentes en torno a las problemáticas y padecimientos que históricamente no tenían respuestas satisfactorias por parte del sistema sanitario.

1.1.3. Las prestaciones del PIPSM

En líneas generales, los abordajes del PIPSM apuntan a promover cambios, buscando aliviar el sufrimiento de las personas e intentando favorecer su desarrollo y sus

⁵ Es importante mencionar que la falta de datos específicos para Uruguay en relación con la prevalencia de las enfermedades mentales constituye una dificultad para la Salud Pública, en tanto imposibilita abordar el problema con información epidemiológica específica para nuestra realidad.

⁶ Casaroti (2015), realizó una estimación de datos poblacionales en relación con las tasas de prevalencia de malestar psicológico y su distribución poblacional, relacionándolo con los niveles asistenciales y con los recursos de atención disponibles en nuestro medio. De dicha estimación surge que los psicólogos atenderían el 55% de la demanda de consultas en el área metropolitana y el 80% en el interior del país; abordándose entre un 55% y un 60% de las demandas psicológicas de los pacientes no graves.

vínculos. Se ofrece una amplia gama de modalidades psicoterapéuticas basadas en la relación profesional y humana de uno o varios técnicos con uno o más usuarios, utilizando determinados conocimientos sobre el psiquismo y sirviéndose de distintas herramientas técnicas. Se privilegia también el trabajo interdisciplinario (Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté y Villalba, 2004). Asimismo, se considera a la salud no como fenómeno individual, sino directamente vinculado con el entorno familiar y social lo que lleva a incorporar diversos abordajes que incluyen a la familia del paciente y su entorno. El Plan plantea tres *Modos de abordaje* diferenciando entre la atención a niños y adolescentes, por un lado, y a adultos por otro. Se describen los diferentes modos de atención a adultos (MSP, 2011):

- El Modo 1 implica acciones de prevención y promoción. Los usuarios pueden acceder a grupos abiertos con 2 coordinadores, hasta 16 sesiones: se trata de grupos que apuntan al abordaje en el primer nivel de atención. Acceden a esta modalidad, los grupos poblacionales establecidos por el MSP⁷.

- El Modo 2 brinda tratamientos de psicoterapia individual, de pareja, familia o grupal de 24 sesiones en niños y 48 en adultos. Incluye las psicoterapias individuales y está dirigido también a grupos poblacionales específicos⁸. Se accede a esta prestación mediante una entrevista con Comité de Recepción integrado interdisciplinariamente. Las vías de acceso al comité son: iniciativa del usuario, derivación desde equipo de salud y derivación de los coordinadores de grupo del Modo 1.

- El Modo 3 realiza acciones de rehabilitación: atención individual o grupal de hasta 48 sesiones anuales a personas con diagnóstico de consumo problemático de sustancias y/o trastornos psiquiátricos severos y persistentes.

⁷ El MSP (2011), definió los siguientes grupos poblacionales para el Modo I: 1.Familiares o referentes afectivos de personas con consumo problemático de drogas; 2.Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave; 3.Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar; 4.Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación en el último año; 5.Personas en situación de violencia doméstica; 6.Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral; 7.Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral; 8.Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral (MSP, 2011).

⁸ El MSP (2011), definió los siguientes grupos poblacionales para el Modo II: 1. Usuarios con intentos de autoeliminación. 2. Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad y docentes de todos los niveles (inicial, preescolar, primaria, secundaria y técnica) y trabajadores de la salud (MSP, 2011).

En lo referente a las poblaciones objetivo destinatarias de cada uno de estos modos, MSP seleccionó a las poblaciones consideradas más vulnerables y a los agentes transmisores de salud (docentes de todos los niveles, personal de la salud). Asimismo, los diferentes modos implican distintas formas de abordaje y diferentes copagos⁹.

Los distintos campos de acción se encuentran interrelacionados, estando todos regidos por el principio de prevención (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2013).

1.2. Las prácticas psicoterapéuticas en el nuevo contexto

1.2.1. Tensiones y desafíos

Actualmente se reconoce que la psicoterapia como disciplina se encuentra en crecimiento en relación con el prestigio social que adquiere, con la importancia que cobra dentro de la salud y la educación, así como con el aumento de la demanda de atención. (Ávila, 2003). Destinar recursos a la atención en salud mental está vinculado con aumentar el bienestar de las naciones, pero es también una cuestión de sostenibilidad económica: los economistas advierten que no hay progreso sin salud mental (Tortella-Feliu et al., 2016).

Fonagy, Rott, y Higgitt (2007) afirman que “La psicoterapia es esencial para el cuidado de salud mental de la persona integral. No podemos abandonarla si pretendemos ofrecer un cuidado importante y respetuoso a aquellos que padecen un sufrimiento” (párr.38).

En este sentido, en el año 2012, la APA publicó una Resolución sobre el Reconocimiento de la Eficacia de la Psicoterapia (Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness)¹⁰. Se trata de un texto en el que concluye que, de acuerdo con los estudios científicos, las psicoterapias deben ser reconocidas por el sistema sanitario como prácticas eficaces y rentables en relación con su costo-beneficio. En el documento, la APA propone que la psicoterapia sea incluida dentro del sistema sanitario como una práctica consolidada y avalada en la evidencia (APA, 2012).

⁹ Las prestaciones pueden ser individuales, grupales, de pareja o familia según la indicación. Los copagos son diferenciales: gratuito para el Modo 1, con un costo mayor para el Modo 2 y menores para el Modo 3 (MSP, 2011).

¹⁰ Esta y todas las traducciones presentes en esta tesis fueron realizadas por la autora.

Asimismo, la inclusión de las psicoterapias y de los psicólogos y psicoterapeutas en las prestaciones en salud mental es un logro de la psicología como campo disciplinar. Hasta la década del 70 el trabajo del psicólogo se desempeñaba en dos áreas fundamentales: la clínica privada y los servicios de salud mental bajo el paradigma de la psiquiatría clásica (Aguiar y Meurer, 2011).

La idea muy extendida de que todo tipo de tratamiento psicológico requiere necesariamente de una relación terapéutica directa (cara a cara) con un clínico durante un periodo de tiempo relativamente largo y elevados costos ha sido una limitante para que los tratamientos lleguen a grandes sectores de la población (Tortella-Feliu et al., 2016). En este sentido, en nuestro medio, Ginés, Porciúncula y Arduino (2005) afirman que las psicoterapias como formas de dar respuesta a los sufrimientos y malestares de los sujetos, tuvieron un desarrollo significativo, pero en este desarrollo ha habido un importante obstáculo: “su inserción se limitó a los sectores que podían acceder por pago personal de servicios a la asistencia” (p. 5). Los autores plantean que la incapacidad de incorporar recursos de psicoterapia en los servicios públicos y mutualistas ha sido una de las grandes deudas históricas en lo referente a la asistencia en salud mental de la población, habiendo un claro divorcio entre ésta y las demás acciones del campo de la salud-enfermedad: hasta el PIPSM no se había contado con las psicoterapias como parte de los recursos en salud (con excepción de las experiencias aisladas antes mencionadas).

El psicoterapeuta en su consultorio privado y las características de dicha práctica constituyen una herencia que conserva vigencia central en el modelo que sustenta el ejercicio clínico. Si bien es indiscutible la importancia de la inclusión de las psicoterapias dentro de las prestaciones en salud, esta inclusión resulta un desafío: implica necesariamente modificaciones en las condiciones y los contextos de las prácticas, tanto para los terapeutas como para los pacientes.

1.2.2. Importancia de su investigación

La investigación sobre las prestaciones en psicoterapia en el marco del SNIS resulta fundamental porque implica un compromiso ético de la comunidad de psicoterapeutas e investigadores en relación con la mejora y optimización de la salud mental de los usuarios. El desarrollo futuro de este campo señala la necesidad de estudios que valoren la pertinencia de la indicación, el proceso, así como los resultados de las

psicoterapias que se realizan con vistas a asegurar la excelencia de las prestaciones e introducir las modificaciones necesarias en situaciones que así lo requieran.

Un paso inicial en estos desarrollos es conocer cómo vivencian los usuarios sus tratamientos psicológicos en el contexto de una política pública de alcance universal y de reciente aplicación (2011), que establece marcos de referencia a las prácticas psicoterapéuticas (duración máxima de la psicoterapia, frecuencia, marco institucional regulante, entre otros). Asimismo, la perspectiva del usuario¹¹ cobra importancia en el contexto del SNIS y de la Ley 18.335 Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Sistema de Salud (2008b), como uno de los criterios en la evaluación de resultados en salud.

Por otra parte, para el PIPSM es fundamental que las prácticas estén basadas en evidencias (MSP, 2011); esto está en consonancia con el movimiento de la Práctica Basada en la Evidencia ([Ver 1.3.2.1.](#)). Además, la inclusión de prestaciones psicoterapéuticas en las políticas públicas requiere de la justificación social de la rentabilidad del gasto que generan (Botella y Feixas, 1994); necesitando probar también su efectividad y su costo- efectividad (Jiménez, 1999).

Resulta igualmente fundamental la reciprocidad entre la investigación clínica y las prácticas psicoterapéuticas. En este sentido, acompañando la propuesta de Sales (2009) se afirma que es importante “restablecer el puente entre los investigadores y los terapeutas (...) El flujo de información e influencia deberá ser bidireccional” (p.398). Se acuerda con Krause (2011) que de nada sirven las investigaciones si no son capaces de nutrir de forma sistemática las prácticas de los clínicos.

Es así como las vivencias del usuario sobre los cambios que ocurren en ellos a partir de la psicoterapia en los nuevos contextos institucionales (tema central de esta investigación), ofrece la posibilidad de comprender mejor el proceso psicoterapéutico (Paulson, Truscott y Stuart, 1999); así como también implica posicionar a los pacientes como sujetos activos, que tienen mucho para decir sobre sus tratamientos.

¹¹ En la tesis se usa el término *usuario* para hacer referencia a las personas destinatarias de las políticas en salud en general y de salud mental en particular. La utilización de este término se fundamenta en el cambio de paradigma que supuso el SNIS, a partir del que los sujetos destinatarios de las políticas en salud son sujetos de derecho activos y participativos, protagonistas dentro del sistema de salud, con derechos y obligaciones (Arias, Ramos y Suárez, 2009). Se emplea además la expresión *paciente* cuyo uso responde a la tradición del término en el campo de la psicología clínica y la psicoterapia. Ambos términos se utilizan indistintamente.

1.3. Antecedentes

A nivel mundial las investigaciones en torno a alcance y resultados de psicoterapias son amplias, existiendo diversas líneas de progreso. En Uruguay se han realizado escasas investigaciones en el tema, menos aún en torno a las prestaciones psicoterapéuticas en el marco del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental, cuya puesta en marcha es reciente (2011).

1.3.1. Surgimiento y desarrollo de las investigaciones en psicoterapia a nivel internacional

En los inicios del Siglo XX comenzaron las primeras experiencias de investigación sistemática en torno a las psicoterapias, las que estuvieron facilitadas por la posibilidad de grabación de sonido. Estas primeras experiencias se desarrollaron en los años 40 y sus precursores son Carl Roger y sus colaboradores (Sales, 2009).

A fines de la década del 40 y principios del 50, luego de la Segunda Guerra Mundial, como consecuencia de la alta demanda de ayuda psicológica por parte de los heridos de guerra, la investigación en psicoterapia tuvo un importante impulso. En este sentido:

la psicoterapia adquirió una mayor relevancia para los Estados y debió integrar criterios poblacionales y criterios de efectividad a sus procedimientos de investigación, en tanto debía ser implementada en grandes cantidades de habitantes y producir resultados comprobables de recuperación en los pacientes, a la vez que debía propiciar herramientas para evitar que las personas adquiriesen afecciones psíquicas. (García, 2008, p.2)

En este entonces el uso de las psicoterapias y su investigación pasaron a integrarse a los sistemas de salud norteamericanos y británicos y aparecieron instituciones internacionales dedicadas a la salud mental, como es el caso de la Federación Mundial de Salud Mental (World Federation of Mental Health) creada en Londres en 1948.

Asimismo, en ese período histórico ocurrieron otros hechos trascendentales para la investigación en psicoterapia, los que contribuyeron a transformarla en un campo disciplinar: en 1949 se realizó la primer conferencia norteamericana sobre la formación en psicología clínica realizada en Estados Unidos; en 1952 se incluyó en la

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) un apartado dedicado a los trastornos mentales. En ese mismo año apareció la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) (García, 2008).

Otro mojón importante en la investigación en psicoterapia fue la revisión realizada por Eysenck en 1952 (citado en Botella y Feixas, 1994), quien afirmó que “las remisiones espontáneas explicaban un mayor porcentaje de mejoría de los pacientes que la psicoterapia” (p.92), generando mucha polémica y motivando a la realización de una gran cantidad de investigaciones abocadas a demostrar y analizar la eficacia de la psicoterapia, en contraposición a lo que el autor planteaba. En ese entonces, se buscaba responder a la pregunta ¿Sirve la psicoterapia? Y el esfuerzo principal estuvo destinado a precisar la relación entre psicoterapia y resultado (Lambert y Barley, 2001). Estos estudios permitieron llegar a un consenso acerca de que las psicoterapias son eficaces en comparación con la ausencia de tratamiento y los tratamientos placebo.

En la década del 60 surge la distinción entre investigación de procesos y resultados, la que está vigente hasta la actualidad. Desde entonces, la investigación de procesos se ha abocado al *cómo* de los cambios, es decir que el interés ha sido identificar los aspectos que contribuyen con el cambio (Greenberg y Pincus, 1986).

En función de la gran importancia que adquiere en el mundo científico la investigación en psicoterapia, en 1969 se funda la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia (Society for Psychotherapy Research, [SPR]) creada por Kenneth Howard y David Orlinsky, con el apoyo de Hans Strupp, Lester Luborsky y muchos otros. La SPR ha tenido un rol fundamental en la investigación sobre el tema porque permitió nuclear a investigadores y equipos de investigación, impulsando las investigaciones en este campo; en cuyo impulso Horst Kächele, quien falleció recientemente, ha tenido un rol fundamental. Desde su creación, la SPR ha seguido desarrollándose y continúa teniendo un rol muy relevante en la investigación en psicoterapia, contando con capítulos en todo el mundo (*Society for Psychotherapy Research*).

Posteriormente (década del 80) se realizaron diversas revisiones de la literatura e investigaciones existentes, contribuyendo a la sistematización del campo disciplinar. Dentro de ellas, se subrayan como las más importantes las llevadas a cabo por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 1982), la Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos (U.S.

Congress, Office of Technology Assessment, 1980), y el Proyecto de Aseguramiento de la Calidad de Australia y Nueva Zelanda (Quality Assurance Project, 1983). En general la conclusión que se obtiene de tales estudios es que la persona que sigue una psicoterapia mejora más que el 80% de la muestra no tratada; comprobándose además que los resultados de psicoterapia exitosa se mantienen considerablemente en el tiempo después de finalizado el tratamiento (Lambert, 2013).

1.3.2. Las investigaciones en psicoterapia en la actualidad

Como puede verse en el apartado anterior, las investigaciones en psicoterapia han tenido un destacable incremento, habiéndose desarrollado desde diversas metodologías, según el momento histórico y las necesidades de los investigadores y clínicos (Gutierrez, Iturriza y Finol, 2003). En la actualidad las psicoterapias han mostrado su *eficacia* entendida como la obtención del mejor resultado posible en condiciones ideales (es decir su alcance terapéutico); su *efectividad* como la capacidad de ser generalizada y obtener buenos resultados de estas generalizaciones en condiciones clínicas habituales, es decir, en la práctica real, y su *eficiencia*, que remite a la relación costo beneficio de las terapias, es decir al logro de los objetivos terapéuticos con el menor costo posible (los costos refieren tanto a lo económicos como a los recursos humanos y sus beneficios para la calidad de vida de los usuarios) (De Corral y Echeburú, 2001; García, 2008; Fonagy et al., 2007).

Hoy en día existe una enorme diversidad de tipos de investigación, las que son posibles de distinguir según el tipo de pregunta y la metodología utilizada: metodología cualitativa, cuantitativa o mixta, estudios basados en datos clínicos o extra clínicos, investigaciones en contextos naturalísticos o experimentales, estudios de estructura, de proceso, de resultado o mixtos, estudios estadísticos, epidemiológicos o de caso único, estudios neurocientíficos, meta-análisis, entre otros (Bernardi, 2018).

Resulta imposible abordar todas estas líneas de investigación porque cada una de ellas merecería un capítulo propio. A pesar de esto, interesa mencionar que no existe superioridad intrínseca de un método de investigación sobre otro. Lo que realmente importa es encontrar cuál método se adecúa mejor a las preguntas a las que se intenta responder (Bernardi, 2018).

1.3.2.1. Práctica basada en la evidencia en psicología

El incremento de las investigaciones en psicoterapia ha llevado al establecimiento de un corpus que posibilita la integración de la evidencia a las prácticas clínicas.

La evidencia en las ciencias de la salud comenzó a ser utilizada en la medicina. En este sentido, la Medicina Basada en la Evidencia es el intento de unir el juicio clínico surgido del encuentro médico-paciente con la mejor evidencia científica disponible sobre el tema (Sackett, Straus, Richardson y Rosenberg, 1997).

A partir de ello, el movimiento de las prácticas basadas en la evidencia ha adquirido protagonismo en los sistemas de atención a la salud. En este contexto surgió la *Práctica Basada en la Evidencia en Psicología* como la integración de la mejor evidencia disponible a las prácticas clínicas, teniendo en cuenta las características del paciente y el contexto cultural (APA, 2006).

El propósito de la práctica basada en la evidencia es promover las prácticas psicológicas efectivas y mejorar la salud pública, la calidad y costo-beneficio de las intervenciones clínicas mediante la aplicación de conocimientos científicos. En el campo de las psicoterapias esto implica el interés por reconocer cuáles son las terapias con apoyo empírico y cuáles son los aportes de las investigaciones a las psicoterapias, para integrar dicha evidencia al ejercicio clínico. En este sentido, la APA (2006) afirmó que: “las decisiones clínicas deben tomarse en colaboración con el paciente sobre la base de la mejor evidencia clínica y teniendo en cuenta los probables costos, los beneficios, los recursos disponibles y las opciones” (p.280).

En esta misma línea, la APA (2006) creó un grupo de trabajo para analizar y sistematizar la evidencia científica disponible en relación con el tema, presentando un informe que justifica y amplía la discusión. En éste, reconoció múltiples flujos de evidencia, que surgen de una variedad de diseños de investigación y metodologías, cada una de las cuales realiza diferentes aportes. Incluyen la observación clínica, las investigaciones cualitativas, los estudios de caso, los diseños experimentales, las investigaciones etnográficas, las investigaciones de eficacia, las investigaciones de proceso y resultado, las investigaciones de efectividad y los meta-análisis. La presente investigación está en consonancia con lo que la APA respalda y promueve en el mencionado documento.

1.3.3. Antecedentes nacionales de investigación en psicoterapia

En Uruguay existe un interés creciente en las investigaciones en salud mental en general, y en procesos y resultados en psicoterapia en particular. A pesar de ello, hasta la actualidad se han realizado pocas publicaciones sobre el tema (Fernández, 2017).

En la década del 90 se fundó el Capítulo Sudamericano de Investigación en Psicoterapia (1992) del que Uruguay es miembro activo. Investigadores uruguayos han precedido el Capítulo Sudamericano en varios períodos. Además, en esta misma fecha comenzaron a utilizarse en forma creciente instrumentos de evaluación con metodología sistematizada para investigar sobre la temática. Estos dos hechos impulsaron el desarrollo de esta área de investigación en nuestro país, tanto en el ámbito universitario como en el de las instituciones científicas (Montado, Palermo, Fernández y Gerpe, 2011)¹².

En el *ámbito universitario*, el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Udelar, realizó un estudio de larga duración con el objetivo de evaluar el modelo de atención para los pacientes en psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, en el ámbito del Hospital de Clínicas (Fernández et al., 2010). Dicho estudio incorporó instrumentos cualitativos y cuantitativos, contando con el aval y la financiación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Udelar (proyectos financiados en 1995, 1997, 1999, 2004 y 2006), permitiendo generar un acumulado de conocimientos sobre el tema:

Durante los primeros años (1995 a 1999) dichas investigaciones permitieron obtener información valiosa acerca de las características sociodemográficas y de los motivos de consulta en el mencionado servicio, introduciendo controles de calidad que resultaban novedosos en nuestro medio. Dentro de los resultados obtenidos, se destaca que en la indagación de la percepción por parte de los pacientes del beneficio respecto de su psicoterapia, se observó que un 79% se sintieron *moderada y considerablemente mejor* y hubo un único caso en el que el paciente se sintió *levemente peor*. Además, el 86% de los pacientes y el 83% de los terapeutas consideraron que los objetivos propuestos al inicio del tratamiento fueron logrados en éste. Si se considera el logro de los objetivos como un indicador de satisfacción, estos

¹² Se exponen los resultados de investigaciones realizadas en nuestro medio que resultan antecedentes inmediatos de la presente investigación.

resultados permiten afirmar que tanto en terapeutas como en pacientes existió un alto grado de satisfacción con los tratamientos realizados (Fernández et al., 2010).

Posteriormente (2004) se estudió la persistencia de los efectos psicoterapéuticos. En este sentido, los pacientes consideraron que se mantenían total o parcialmente los logros obtenidos a partir de la psicoterapia, entre el 65% y 85% durante los cuatro años posteriores a la finalización del proceso (Fernández et al., 2010).

En el año 2006 se realizó un proyecto denominado *Ingreso al Programa de Psicoterapia hospitalaria. Evaluación de su efectividad y estudio de la viabilidad de una etapa pre-terapia*. En este estudio se halló que la motivación para la psicoterapia, junto con el establecimiento de una buena alianza terapéutica, son elementos que resultaron predictivos del buen desarrollo de ésta, impactando en los resultados (Fernández et al., 2010).

Desde la Facultad de Ciencias Sociales, se realizó una investigación en la que se revisaron las prestaciones en salud mental en el marco del SNIS en los primeros dos años de puesta en marcha del PIPSM. Para ello se realizó una triangulación metodológica, con énfasis en la metodología cualitativa, incluyéndose diversas fuentes de datos y referencias teóricas. (Fernández, 2017). Los resultados principales se presentarán en el apartado [2.3.1. Investigaciones en psicoterapia en los sistemas de salud](#).

En la Facultad de Psicología, en el marco del Convenio entre ASSE-MSP y la Facultad de Psicología-UdelaR, el equipo docente del SAPPA ha trabajado en diferentes investigaciones con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción de los usuarios y la calidad de la atención, para asegurar un buen nivel de prestaciones (Zytner et al., 2012).

Uno de los estudios versó sobre el motivo de consulta de los pacientes que asistían a dicho servicio, en función de los códigos diagnóstico del CIE 10 (Pereira y Zytner, 2011). Además, se investigó sobre la calidad de la atención en psicoterapia del servicio, mediante la medición de la satisfacción del usuario en relación a la atención psicológica, utilizando diferentes instrumentos de evaluación. En este sentido, un número significativo de usuarios (85% en el período comprendido entre 2005 y 2006) consideró que logró avances en relación con el problema por el que consultó. Además,

ante la pregunta acerca de si volvería a usar el servicio nuevamente, el 96% respondió positivamente (Zytner, 2011).

En el año 2009 se creó el Centro de Investigación Clínica en Psicología (CIC-P)¹³, Facultad de Psicología, UdelaR. Desde entonces se han desarrollado diferentes investigaciones vinculadas con el tema.

Durante los años 2012-2013 se realizó un estudio con el propósito de evaluar el cambio psíquico en psicoterapias psicodinámicas realizadas en el SAPPA, utilizando las Escalas de Capacidades Psicológicas (DeWitt, Hartley, Rosenberg, Wallerstein y Ziberg, 1991), que evalúan el cambio estructural como resultado de las psicoterapias psicoanalíticas (Zytner et al., 2012). Dentro de los principales resultados, se destaca que al finalizar el tratamiento se observaron cambios sintomáticos que indicaron un funcionamiento más adaptativo, así como se hallaron cambios en las capacidades psicológicas (la investigación no permite evidenciar que dichos cambios de deban exclusivamente a la psicoterapia). Del mismo modo, los resultados indican que las escalas utilizadas son capaces de reflejar los cambios que se producen en los sujetos que realizan psicoterapia psicodinámica de un año de duración (Guerrero, Zytner, de Souza y Dogmanas, 2018).

En 2014 se llevó a cabo una investigación que estudió la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a la consulta psicológica en un servicio clínico universitario (Contino, 2015). La investigación tuvo un carácter cualitativo y se basó en el marco teórico de las Teorías Subjetivas (Krause, 2005).

Asimismo el proyecto denominado *Evaluación de la satisfacción con la atención psicológica en el Primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los Usuarios*, investigó el impacto de las intervenciones psicológicas realizadas en servicios del Primer Nivel de Atención pertenecientes a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), basado en el autoreporte de los usuarios (Rydel, 2015). Los resultados principales se presentarán en el apartado [2.3.1. Investigaciones en psicoterapia en los sistemas de salud](#).

La investigación *Percepción de cambio en psicoterapia psicodinámica desde Psicoterapeutas, Pacientes y Familiares* realizada por Rosa Zytner en el marco de su

¹³ El Proyecto de investigación del que esta Tesis es resultado, está integrado al CIC-P, Facultad de Psicología, UdelaR.

Tesis Doctoral (2019), utilizó una metodología cuanti-cualitativa, con el objetivo de estudiar las diferentes perspectivas subjetivas de cambio (en pacientes, psicoterapeutas y familiares), así como sus similitudes y diferencias, en psicoterapias realizadas en el SAPPA. Dentro de los hallazgos, se destaca la importancia de las vivencias subjetivas del paciente de los diferentes cambios percibidos (Zytner, 2019).

Actualmente se encuentra en ejecución un Proyecto Innovación y Desarrollo: *Experiencia y satisfacción de los jóvenes con los abordajes psicoterapéuticos del SNIS y de la práctica privada*, el cual es financiado por CSIC-UdelaR y cuyos resultados serán un aporte fundamental.

Por su parte, diversas asociaciones científicas han realizado investigaciones en psicoterapia, dentro de las que cabe mencionar la realizada en Ágora, donde se indagó la percepción de resultados según pacientes y terapeutas en psicoterapias focales realizadas en un servicio comunitario (1993-1994), comparándose la percepción de éstos con la evaluación objetiva del cambio sintomático (Defey, Elizalde y Rivera, 1995; Bernardi et al., 2000).

Asimismo, otras instituciones científicas realizaron investigaciones en psicoterapia desde sus perspectivas teóricas: APU, AUDEPP, a través del Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de AUDEPP; la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC). Estas asociaciones merecen ser mencionadas en tanto se trata de estudios realizados en nuestro medio. No obstante, no se exponen aquí dichas investigaciones y sus resultados ya que la autora no ha encontrado estudios cuyas temáticas se vinculen con la presente investigación. Por el contrario, los estudios hallados abordan aspectos específicos vinculados con las particularidades de las corrientes psicológicas en las que las instituciones se especializan y los servicios de psicoterapia de éstas.

Capítulo 2: Fundamentos teóricos y estado del arte

2.1. Las Psicoterapias

Se ha dicho que la psicoterapia es un arte antiguo y una ciencia nueva. Desde la antigüedad griega y romana el humano se ha preocupado por el alma desde un punto de vista filosófico (psyché), con la finalidad conocerla, así como también de cuidarla y cultivarla (Lopera, 2017). En la Edad Media, con el auge de las universidades, el

discurso teórico se fue alejando de la filosofía, abandonándose el interés por las reflexiones sobre el alma (Hadot, 2006 citado en Lopera 2017). En la modernidad cobró mayor relevancia el método científico y todas las reflexiones acerca del alma fueron estudiadas experimentalmente.

El término psicoterapia fue usado desde 1872 aproximadamente, para mencionar a la psicoterapia en sus modalidades catárticas e hipnóticas (Mijolla, 2005 citado en Laverde-Rubio, 2008). Solo con “la aparición de modelos que apoyan la cura por la palabra es posible hablar en sentido estricto de psicoterapias, fenómeno cristalizado en el psicoanálisis de Freud” (Uribe, 2008, p.15). En este sentido, Freud, desde sus inicios la definió como tratamiento del alma (Freud, 1890/2012d).

Existen múltiples conceptualizaciones de psicoterapia. Las características comunes a las diversas definiciones son: “la psicoterapia se basa en la relación profesional y humana de uno o varios pacientes con uno o varios especialistas (...) que utiliza determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo” (Bernardi et al., 2004, pp.100-101). La mencionada relación es fundamentalmente terapéutica y se basa en el vínculo interpersonal entre especialista y paciente, con la finalidad de aliviar el sufrimiento de los pacientes y facilitar su funcionamiento en sociedad (García y Fantín, 2010).

Hofman y Weinberger (2007) afirman que la psicoterapia es ciencia y arte al mismo tiempo: ciencia en tanto utiliza técnicas que deben ser sostenidas en modelos teórico-clínicos con base empírica y arte porque dichas técnicas deben ser aplicadas de forma flexible y creativa, a la medida de cada uno de los pacientes.

De acuerdo con Krause, Uribe, Winkler y Avedaño (1994), existen dos elementos que hacen que las psicoterapias sean tales: la intervención cuya naturaleza es de tipo psicológica y el modelo teórico subyacente a la intervención. Los autores la definen entonces como: “un proceso dialéctico en el cual, por un lado, se encuentran modelos y paradigmas de carácter general (modelos teóricos) y, por otro la práctica terapéutica y la vivencia particular de los implicados en ella” (Krause et al., 1994, p.211).

2.2. Psicoterapia y cambio

A pesar de la diversidad de modelos y técnicas en psicoterapia, cada una con sus objetivos y concepciones sobre el psiquismo, hay consenso en relación con que uno de los objetivos primordiales de la psicoterapia es el cambio del paciente.

El término cambio denota transformación, evolución, mutación, metamorfosis, devenir, variación y mudanza y se opone a la existencia de no cambio que supone falta de modificaciones en el curso de un proceso terapéutico (Winograd, 1990). En todo proceso terapéutico existen zonas de no cambio; el predominio de los cambios ante los no cambios es el que le otorga sentido transformador al mencionado proceso.

Ahora bien, existen múltiples maneras de comprender y explicar el cambio en psicoterapia y estas varían de acuerdo con cada enfoque psicoterapéutico. Esto implica diversas dificultades para la práctica clínica y para la evaluación de las psicoterapias: “¿Qué se entiende por éxito terapéutico? (...) ¿En qué aspectos se reflejan los cambios? (...) ¿Cómo evaluarlos?” (Rodríguez, 2004, p. 50).

Sharpless y Barber (2009) realizan un recorrido por los conceptos de cambio de los diferentes enfoques psicoterapéuticos y mencionan diferentes componentes del cambio según el enfoque del que se trate: establecimiento de relaciones más estables, desarrollo de habilidades para funcionar en el mundo, aumento en la capacidad para adaptarse de manera creativa a las nuevas situaciones que surgen, incremento en la capacidad de pensar realísticamente, lograr tomar decisiones, encontrar placer y valor en la vida, y experimentar más experiencias y afectos positivos y menos negativos, por medio de la adquisición de nuevas herramientas.

2.2.1. Investigaciones sobre factores comunes al cambio

El cambio en psicoterapia es generado por una experiencia de ayuda profesional y constituye un proceso complejo en el que interactúa una gran diversidad de factores.

El incremento de las investigaciones en psicoterapia en la década del 50 (que fue consecuencia de las afirmaciones realizadas por Eysenck en 1952, [Ver 1.3.1.](#)) llevó a establecer la paradoja de la equivalencia en psicoterapia, conocida como el veredicto del pájaro Dodo (Alicia en el país de las Maravillas): «Alicia ha formado un mar con sus lágrimas, donde todos se han mojado. El Dodo organiza una carrera para secarse,

sin reglas ni duración definida, donde todos corren en círculos. “Todos ganaron y todos deben recibir premios”» (Sales, 2009, p.389).

Desde ese momento, múltiples estudios han intentado identificar los factores de cambio inespecíficos, actualmente llamados comunes (Orlinsky y Howard, 1986; Botella y Feixas, 1994; Botella y Corbella, 2004; Krause, 2005). Dichos estudios buscan determinar qué factores de la terapia o extra-terapéuticos transversales a diferentes modalidades terapéuticas son responsables del cambio, lo que resulta un aporte fundamental teniendo en cuenta que el número de modelos existentes se ha calculado en más de 200 y las técnicas en 400 (Uribe, 2008). Establecer elementos y factores comunes permite superar las disidencias y construir puentes entre los diferentes modelos psicoterapéuticos.

La evidencia respalda el valor de los factores comunes: el estudio meta-analítico de Lambert (2013), encontró que éstos explicaban el 85% del cambio, atribuyéndole el 40% a factores vinculados con el cliente y a factores extra-terapéuticos (fortaleza del yo, apoyo social, etc.), el 30% al vínculo terapéutico (empatía, calidez, etc.), el 15% a las expectativas y a los efectos placebo y solamente el 15% a técnicas específicas de cada enfoque terapéutico. Asimismo, Wampold (2001) afirmó que las técnicas específicas son responsables de solo un 8% de la varianza en el cambio en psicoterapia. Si bien las diferentes estimaciones plantean diferencias entre sí, todas otorgan valor central a los factores comunes y conllevan a nuevas interrogantes en el campo de los estudios de resultados en psicoterapia: ¿los diferentes enfoques miden las mismas dimensiones? ¿Sus efectos perduran en el tiempo de la misma forma?

A partir de los hallazgos en torno a la importancia de los factores comunes en los resultados de las psicoterapias, surgen dos fenómenos de interés, por un lado, una *línea de investigación* en la que se desarrollan múltiples estudios que abordan los factores comunes, profundizando en diferentes aspectos de éstos (1) y por otro lado los *modelos teóricos* genéricos que buscan trascender a las especificidades de los diferentes enfoques terapéuticos, para centrarse en los factores comunes (2).

2.2.2. Factores comunes de cambio en psicoterapia (1)

Las investigaciones sobre factores comunes son bastas, destacándose tres líneas principales de desarrollo: factores vinculados con el consultante, factores vinculados

con el terapeuta y factores vinculados con la relación o alianza terapéutica (Santibáñez et al., 2008).

En cuanto a las variables vinculadas con el consultante, las más frecuentemente estudiadas y que brindan algún grado de asociación con los resultados de la psicoterapia son: las variables demográficas, el diagnóstico clínico, la disposición personal al cambio y las expectativas con las que el paciente llega al tratamiento. Se ha evidenciado que las variables preexistentes en el paciente son las mejores predictoras del resultado de la psicoterapia, específicamente con respecto al cambio sintomático y al cambio global (Zalaquett, Manzi, Duque, Krebs, y Aninat, 1982; Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989; Well, Burlingame, Lambert, Hoag y Hope, 1996; Lambert y Barley, 2001; Lambert, 2013, Santibáñez et al., 2008).

En relación con las variables referentes al terapeuta, éstas interactúan de manera compleja con las características del consultante, por lo que es difícil diferenciar unas de otras en relación con el proceso y resultado de la psicoterapia. Revisiones realizadas plantean una serie de factores vinculados con el terapeuta que son relevantes para el éxito: la actitud, el nivel de experiencia y el bienestar emocional (Winkler et al., 1989; Santibáñez et al., 2008; Lambert, 2013).

Asimismo, las variables del consultante como las del terapeuta deben ser comprendidas en función de la interacción que entre ellas se produce. En la actualidad todos los enfoques psicoterapéuticos confieren a la alianza terapéutica una importancia especial en la determinación de los cambios (Santibáñez et al., 2008) siendo el factor específico más investigado y considerándose uno de los factores más importantes para el cambio.

2.2.3. Modelos basados en los factores comunes (2)

Dentro del estudio de los denominados factores comunes del cambio, el modelo genérico de psicoterapia fue desarrollado por Orlinsky y Howard (1986), en la búsqueda de construir un esquema válido para las diferentes psicoterapias, basado en los hallazgos de la investigación (Bernardi et al., 2004). Éste pretendió superar las dicotomías entre los diferentes modelos y hacer de puente entre investigación y práctica clínica. Los autores señalan seis categorías de fenómenos que ocurren en todo proceso (factores comunes) y que deben ser atendidas en éstos: contrato terapéutico, operaciones terapéuticas (aspectos técnicos), vínculo terapéutico (aspecto

interpersonal), relación consigo mismo (aspecto intrapersonal), impacto en las sesiones y realizaciones terapéuticas (aspecto clínico), aspecto secuencial (componente temporal del proceso); haciendo hincapié en la importancia de las intervenciones técnicas del terapeuta, la disposición del paciente para recibirlas y la calidad del vínculo entre ambos (Orlinsky y Howard, 1986).

Por su parte, Krause et al. (2006), propone un modelo de indicadores de cambio genérico¹⁴ que permite identificar los momentos del cambio (episodios de cambio), los contenidos genéricos del cambio (o los factores comunes de cambio) y la evolución de las terapias. Los autores definen el objetivo del proceso terapéutico en términos de desarrollar en el consultante “una nueva mirada sobre sí mismo, sus relaciones interpersonales, sus propios recursos y los de su entorno” (Krause y Dagnino, 2006, p.287).

El cambio genérico es conceptualizado como “común a diferentes modalidades terapéuticas, tanto en términos de orientación teórica, como en lo que se refiere a su constelación (individual, familiar o grupal)” (Krause et al., 2006, p.318). Establece 19 indicadores genéricos de cambio: 1. Aceptación de la existencia de un problema, 2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda, 3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente, 4. Expresión de esperanza (expectativa de ser ayudado o de superar los problemas), 5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales, 6. Expresión de la necesidad de cambio, 7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas, 8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo, 9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva, 10. Aparición de sentimientos de competencia, 11. Establecimiento de nuevas relaciones entre: aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.), aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) y aspectos propios y elementos biográficos, 12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas, 13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros, 14. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas, 15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía, 16. Autonomía en cuanto al manejo

¹⁴ Mariane Krause presidenta de la SPR en el período comprendido entre 2018 y 2019.

Además, cabe destacar que el modelo elaborado por Krause y su equipo de investigación se basa tanto en las investigaciones sobre el tema de factores comunes, como en formulaciones teóricas realizadas por diversos autores.

propio del contexto de significado psicológico, 17. Reconocimiento de la ayuda recibida, 18. Disminución de la asimetría y 19. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador global) (Krause, 2005; Krause y Dagnino, 2006; Krause et al., 2006).

Los indicadores se pueden visualizar en diferentes momentos del proceso terapéutico y se agrupan en conglomerados: 1. Cambios en la fase de la decisión de ayuda profesional, 2. Cambios propios de la trayectoria hacia la ayuda psicológica, 3. Cambios condicionados por la estructura de la relación de ayuda, 4. Cambios que se originan en la interacción terapéutica, 5. Contenidos del cambio psicoterapéutico. (Krause, 2005; Krause et al., 2006). La autora plantea que “Los cambios terapéuticos se construyen unos sobre otros, incrementándose progresivamente el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación” (Krause y Dagnino, 2006, p.289). La evolución del cambio es entonces un proceso que se da en etapas sucesivas que comienza antes de la terapia y continúa después del término de ésta, combinado factores intra y extra terapéuticos y ocurriendo en la esfera de lo representacional.

2.3. Las psicoterapias como políticas públicas en los sistemas de salud

Las Políticas Públicas se encuentran abocadas a objetivos de interés público, suponiendo la atención de problemas sociales mediante “la intervención del estado en respuesta a una situación problemática presente en la sociedad” (Fernández, 2017, p.82). Cuando se habla de política pública se hace alusión a acciones, procesos, decisiones y resultados que suponen como parte del proceso, la existencia de conflictos de intereses en cada momento; así como tensiones entre diferentes definiciones del problema a resolver, disímiles racionalidades organizativas y de acción y distintas perspectivas (participación de múltiples actores en la elaboración de las respuestas).

La inclusión de prestaciones en salud mental en el marco del SNIS, inaugura las prestaciones en psicoterapia en el marco de una política pública, implicando además concebir la salud mental como inseparable de la salud integral. Este hecho sitúa conjuntamente el acceso a las psicoterapias como parte del acceso a la salud integral, ubicando a la salud mental como un problema de salud pública y, por tanto, a las

psicoterapias como parte de la respuesta en salud, desarrollándose éstas en contextos institucionales, bajo determinados lineamientos.

Ya Freud en 1910 mencionó la importancia de la extensión del psicoanálisis, como práctica psicoterapéutica, a otros ámbitos además de la práctica privada para el cual fue creado. En el texto *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* (1916-17/2012a) plantea:

Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres. Por otro lado, puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menos derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica (...). Se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignarán médicos de formación psicoanalítica, quienes, aplicando el análisis volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren el peligro de caer quebrantadas bajo la carga de las privaciones, a niños a quienes sólo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. (...). De todos modos, alguna vez ocurrirá. (Freud, 1916-17/2012a, pp.162-163)

2.3.1. Investigaciones en psicoterapia en los sistemas de salud

Como se desarrolló en el apartado 1.3.1., a fines de la década del 40 y principios del 50, luego de la Segunda Guerra Mundial, la psicoterapia se expandió y comenzó a ser incluida en los sistemas de salud de los países más desarrollados, como consecuencia de la alta demanda de ayuda psicológica por parte de los heridos de guerra.

En este contexto, la evaluación de la satisfacción del paciente con las prestaciones en salud mental recibidas en los sistemas de salud se ha convertido en parte de la política gubernamental de los países desarrollados, siendo los datos cualitativos un componente valorado para el análisis de dicha satisfacción (Swift y Parkin, 2017).

Las investigaciones indican que en general los pacientes se encuentran satisfechos con los tratamientos psicológicos recibidos en los sistemas de salud (Garland, Aarons y Hough, 2003; Ward, Wood y Awal, 2013; Holikatti et al., 2012; Swift y Parkin, 2017).

Además, según los resultados de una investigación realizada a pacientes jóvenes, la satisfacción con los servicios de salud mental y de psicoterapia está relacionada con los cambios sintomáticos y del funcionamiento de los pacientes (Garland et al., 2003).

Los hallazgos apuntan a establecer fuertes relaciones entre la duración de los tratamientos, la forma de terminación de estos y la satisfacción; así como entre la satisfacción y la percepción global de los resultados para el paciente (Holikatti et al., 2012).

Un estudio realizado en el Reino Unido (2013) acerca de las experiencias de los pacientes de las psicoterapias en el sistema de salud, afirma que el tema más abordado espontáneamente por los pacientes es el resultado de la psicoterapia y la gran mayoría (96.3%) la evalúan positivamente, refiriendo sentirse mejor. El segundo tema abordado con mayor frecuencia fue la cantidad de terapia recibida, con la sensación unánime de que su terapia fue demasiado corta. El estudio concluye que para los usuarios la interacción interpersonal entre el paciente y el terapeuta es particularmente importante en la satisfacción con la psicoterapia. Con respecto a los componentes referentes al sistema de salud, la investigación afirma que existen factores que intervienen en la evaluación del proceso terapéutico, siendo los principales el tiempo de espera para el acceso a la psicoterapia y el ruido exterior (Ward et al., 2013).

En Uruguay se realizó un estudio con la finalidad de investigar la satisfacción de los pacientes y su relación con el bienestar psicológico, el bienestar general y la calidad de vida en usuarios de servicios de salud del SNIS¹⁵. Entre los hallazgos de dicha investigación, se destaca la existencia una alta satisfacción por parte de los usuarios en relación con los servicios de atención psicológica estudiados. Los usuarios mejoraron respecto al bienestar psicológico, con posterioridad a los tres meses de comenzar dicha intervención. Se encontró también, una correlación entre el bienestar psicológico, la mejoría sintomática y la satisfacción con la atención por parte de los pacientes (Rydel, 2015).

Además, en nuestro medio Fernández (2017) realizó una revisión de las prestaciones en salud mental en el marco del SNIS, en los primeros dos años de puesta en marcha

¹⁵ Se trató de un estudio realizado a usuarios del Primer Nivel de Atención de la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), en el Sistema Nacional Integrado de Salud, en Montevideo (Rydel, 2015). La investigación aborda las intervenciones psicológicas en un sentido amplio y no exclusivamente las psicoterapias.

del PIPSM. Dentro de los principales resultados, se concluye que si bien el PIPSM implicó un importante avance en el acceso a la salud mental, existía desinformación sobre los nuevos derechos por parte de la población destinataria de éstos, destacándose la necesidad de generar mejores condiciones para las prácticas y la formación de los recursos humanos para atender a los requerimientos de la población.

2.4. La perspectiva del paciente en las investigaciones en psicoterapia

La investigación sobre las experiencias de los pacientes en psicoterapia tiene más de 70 años, originándose con el estudio de Lipkin en 1948 (Elliot, 2008).

Actualmente hay consenso en relación con la importancia de la perspectiva del paciente en los estudios en psicoterapia. Ésta es ampliamente investigada y abordada desde diferentes perspectivas. La vivencia del paciente está incluida dentro de las formas de obtención de evidencia avaladas por la APA (2006), teniendo un valor fundamental para las prácticas clínicas ya que brinda información acerca de la efectividad de las intervenciones y de cómo los procesos terapéuticos se traducen en cambios para las personas, siendo la experiencia del paciente el camino por excelencia para acceder a dicha información.

En 1989 Elliot y James realizaron un meta-análisis de los primeros 40 años de investigación en el tema. El estudio concluye que los aspectos de la terapia percibidos por los pacientes como más útiles son la actitud facilitadora del terapeuta y autocomprensión. De las investigaciones analizadas, cinco de ellas reportaron descripciones de los pacientes acerca de los cambios posteriores a la terapia. En este sentido, el aumento de la autoestima, la mejora en las relaciones interpersonales y la mayor capacidad de control fueron los logros más destacados (Elliott y James, 1989).

En los siguientes 30 años, la literatura de investigación sobre las experiencias de los clientes ha seguido creciendo, impulsada, entre otras cosas, por la rápida expansión de los métodos sistemáticos de investigación cualitativa. En este sentido, interesa destacar los resultados de algunas investigaciones que, utilizando una metodología cualitativa, analizan las experiencias de los pacientes en torno a la psicoterapia.

Holcomb, Parker, Leong, Thiele, Higdon (1998) realizaron una investigación con el objetivo de explorar las relaciones entre las diferentes dimensiones de la satisfacción del paciente y las variables demográficas, clínicas y de resultados. Utilizaron una

muestra de 81 pacientes con enfermedades médicas graves. El principal resultado al que arribaron es que la satisfacción del paciente se relacionó con el nivel inicial de funcionamiento, con el diagnóstico y con las ganancias del tratamiento. En este sentido el estudio subrayó el valor a las medidas de satisfacción del paciente para evaluar la eficacia de la atención hospitalaria.

Por su parte, Elliott (2008) realizó una investigación en la que presentó las experiencias de pacientes en psicoterapia, analizando seis estudios que se efectuaron desde diferentes metodologías de investigación. El análisis estuvo transversalizado por tres preguntas: ¿qué factores facilitaron y obstaculizaron la terapia? ¿Cómo se ven a sí mismos los pacientes que cambiaron en el transcurso de la terapia?, y ¿Cómo manejaron las dificultades en los procesos terapéuticos que resultaron exitosos? En cuanto a la primer pregunta, el estudio presentó como hallazgos comunes de las diferentes investigaciones que la relación terapéutica en sus múltiples dimensiones resultó un factor facilitador; siendo la imposición del terapeuta un obstaculizador. Respecto a la segunda pregunta, se concluyó que a menudo los pacientes informaban una mejoría en la vivencia de sus problemas y una mejor autopercepción. Respecto al manejo de las dificultades en procesos terapéuticos exitosos, los estudios documentaron al paciente como sujeto activo en el proceso. Las estrategias utilizadas variaron, pero se destacan las estrategias de mediación, usando activamente la terapia para superar sus propias dificultades en el proceso de cambio.

Constantino y Angus (2017), presentaron un estudio que analizó los resultados de 4 informes de investigación (realizados en diferentes países), los que, utilizando metodología cualitativa, buscaron comprender las experiencias de psicoterapia de los pacientes, proponiéndose abordar específicamente las experiencias correctivas. El estudio mostró correlaciones significativas entre la satisfacción del paciente y los cambios en los síntomas, así como con el nivel inicial de funcionamiento y el cambio percibido.

2.5. Vivencia como categoría de análisis de la perspectiva del paciente en investigación en psicoterapia

El término vivencia se ha usado en diferentes sentidos; utilizándose “indistintamente de los términos de experiencia subjetiva, vivencia emocional, experiencia interna y experiencia emocional” (Contino, 2015, p. 27).

La vivencia es un concepto que se encuentra condicionado por elementos inconscientes, por lo histórico-social, lo cultural, los vínculos del sujeto y la situación contextual de una época (economía y política); todo esto atraviesa el entramado de relaciones que establece el sujeto consigo mismo y con su entorno (Contino, 2015), siendo entonces un constructo complejo. Las vivencias tienen la doble característica de ser cambiantes y estables: son estables en tanto su carácter mnémico y son cambiantes en tanto pueden modificarse las emociones y las conductas ante situaciones diversas. En la vida del sujeto, las vivencias se crean, modifican, reestructuran, significan y resignifican (Hernández, 2010). De este modo, Fariñas (2005) conceptualiza a la vivencia como “la conjunción dinámica de lo que el sujeto percibe o experimenta en relación con el medio (lo cognitivo) y lo que esta experiencia vale para él (relación afectiva que establece con dicho medio)” (p.152).

En este sentido, la vivencia constituye una unidad de análisis que posee mucho valor para la psicología y para las ciencias sociales, como categoría que permite explicar el proceso mediante el que lo interpersonal se traduce en intrapersonal (Hernández, 2010).

El investigador que pretenda estudiarla

debe ser capaz de hallar la relación que existe entre el [sujeto] y su entorno, la experiencia emocional (parezhvaniya) del [sujeto], en otras palabras cómo un [sujeto] se entera de, interpreta, [y] se relaciona emocionalmente con cierto acontecimiento. (Vygotsky, 1994 citado en Hernández, 2010, párr.40)

La categoría de vivencia, entonces, propone dar cuenta del ensamble entre lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual, como engranajes de un mismo proceso; permitiendo explicar los diferentes sentidos psicológicos que los hechos y experiencias adquieren para un sujeto (Contino, 2015).

2.6. Bienestar subjetivo como medida de resultado

Durante mucho tiempo se afirmó que las modificaciones sintomáticas eran esenciales para evaluar positivamente un proceso psicoterapéutico (Hansen y Lambert, 2003). Actualmente hay consenso acerca de que, si bien los cambios sintomáticos son muy importantes, la psicoterapia pretende ir más allá de éstos, contribuyendo a la salud del paciente en diferentes áreas de su vida (Dagnino et al., 2014). Las psicoterapias están

abocadas a producir cambios objetivos (en el funcionamiento de los pacientes) y cambios en la experiencia subjetiva de éstos (Summers y Barber, 2010). Estos últimos serán más generalizados y permanentes que los cambios sintomáticos.

En relación con lo expuesto, en psicología en los últimos años se ha incrementado el interés por el bienestar subjetivo como concepto de importancia para evaluar la salud y la salud mental (Diener, 2009; Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros, Fernández-Zabala y Revuelta, 2016). Éste es definido como un constructo compuesto por dos componentes, uno de carácter cognitivo (satisfacción con la vida) y el otro de naturaleza afectiva (respuestas emocionales) (Pavot y Diener, 2013). Se trata de un concepto multidimensional, en el que se incluye la autopercepción de las personas en relación con su vida, las circunstancias y los sucesos de ésta (Villatoro, 2012).

El bienestar subjetivo posee una estructura tridimensional formada por la satisfacción con la vida (juicio global que la persona realiza sobre su trayectoria vital), los afectos positivos y los negativos (Rodríguez-Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2011). Asimismo, se vincula con el funcionamiento efectivo del sujeto en diferentes esferas de su vida y sus predictores se relacionan con factores interpersonales y contextuales (Diener, 2009; Pavoy y Diener, 2013).

Los cambios en la vivencia de los problemas, en las interacciones familiares y sociales, en la remisión sintomática, en el desempeño laboral o escolar, en relaciones de intimidad, etc. que son señalados por las diferentes corrientes psicoterapéuticas, así como por los modelos de cambio basados en los factores comunes, se traducen en la vivencia de un mayor bienestar subjetivo:

aunque difieren en la forma de conseguirlo, para todos los enfoques psicoterapéuticos resulta importante que el paciente pueda alcanzar a través de la terapia un mayor bienestar subjetivo, o al menos un menor grado de sufrimiento, un mejor funcionamiento a nivel personal e interpersonal. (Bernardi et al., 2016, p.355)

Capítulo 3: Formulación de la investigación

3.1. Formulación del Problema de investigación

Las psicoterapias realizadas en el ámbito del consultorio privado y las características de dicha práctica constituyen una herencia que conserva vigencia central. A partir de 2011 se han desarrollado y consolidado las prestaciones psicoterapéuticas en el marco de una política sanitaria de alcance universal y enmarcada en una de las reformas más grandes del sistema de salud en Uruguay: la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (2005). El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM) del SNIS da respuesta a anhelos largamente acariciado por diferentes sectores de la población (Cwaigenbaum y Hoffnung, 2013); al mismo tiempo que ha implicado adaptar la técnica y las prácticas a estas nuevas realidades asistenciales.

En este contexto novedoso, la relación terapéutica está constituida por terapeutas y pacientes y mediada por la institución prestadora que, a su vez responde al marco regulante establecido por MSP, con las siguientes características: universalidad en el acceso (para los grupos poblacionales definidos por el MSP); determinación de la población destinataria de la prestación (grupos de riesgo y grupos prioritarios); tiempo limitado (en 48 sesiones para el Modo II en adultos); copago definido, regulado por el MSP y realizado a la prestadora; pasaje del usuario por Comité de Recepción antes de comenzar el proceso terapéutico, disposición por parte de la institución sanitaria de qué terapeuta trata a cada paciente, convivencia de terapeutas de muy distinto origen y formación. Esta nueva situación nos sitúa ante el desafío de conocer y analizar las nuevas realidades asistenciales.

Las experiencias de terapeutas y usuarios sobre la psicoterapia en este nuevo contexto pasan a tener un rol preponderante en el éxito o fracaso de esta iniciativa. Entonces conocer las vivencias de los pacientes en relación con los cambios autopercebidos¹⁶ y con las características de la atención recibida en los contextos institucionales, ofrece la posibilidad de comprender mejor dichas vivencias, aportando evidencia que contribuya a la evaluación de la eficiencia de las psicoterapias en el SNIS.

¹⁶ Las autopercepciones son construcciones que las personas hacen de sí y de sus características personales y capacidades, las que están influenciadas por factores externos. Éstas cambian a lo largo de la vida (Villamizar, Becerra y Delgado, 2014).

3.1.1. Preguntas de investigación

De lo antes expuesto se realiza la pregunta principal de investigación:

¿Cómo son las vivencias de los pacientes de las psicoterapias realizadas en el SNIS, en relación a los cambios autopercebidos y a las características atención recibida?

Así como preguntas derivadas de ésta:

¿Cómo vivencian los usuarios, los cambios ocurridos en su vida a partir de las psicoterapias realizadas en el SNIS?

- ¿Con qué aspectos de la psicoterapia vinculan los usuarios, los cambios ocurridos?
- ¿Cómo son las vivencias de los usuarios en relación con las características específicas de las prestaciones en psicoterapia del SNIS?
- ¿Qué relación existe entre los datos obtenidos a través de la entrevista en profundidad y los provenientes del cuestionario con opciones múltiples?
- ¿Qué información complementaria se halla en las historias clínicas en relación con los procesos terapéuticos y las particularidades de la prestación?

3.2. Objetivos

Objetivo general:

- Describir y analizar las vivencias¹⁷ de usuarios adultos que realizaron psicoterapias en el marco de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud respecto a los cambios autopercebidos y a las características de la atención recibida.

Objetivos específicos:

1- Aportar al conocimiento sobre las vivencias de usuarios que hayan realizado procesos terapéuticos en el marco del SNIS, en relación a los cambios autopercebidos a partir de la psicoterapia.

2- Analizar los aspectos de la psicoterapia con los que los usuarios de las prestaciones vinculan los cambios.

3- Indagar las vivencias de los usuarios en relación con las características de las prestaciones en psicoterapia del SNIS¹⁸.

4- Comparar las vivencias de los pacientes con información procedente de diferentes fuentes, de modo de aportar a la comprensión del fenómeno investigado¹⁹.

¹⁷ La vivencia tal como es entendida en el presente trabajo (Contino, 2015; Fariñas, 2005; Hernández, 2010), incluye los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales vinculados con el cambio y los resultados terapéuticos; así como los aspectos vinculados con las experiencias acerca de la prestación y las condiciones particulares de ésta.

¹⁸ Este objetivo no busca estudiar la prestación en sí misma sino que busca estudiarla como contexto del proceso terapéutico, que repercute en las vivencias de los pacientes. Las características de la prestación y las vivencias de los usuarios en relación con éstas son importantes en tanto contexto que incide preponderantemente en la experiencia de la terapia y los resultados de ésta. En consonancia con esto, Orlinsky (2007), propone una serie de transformaciones para la investigación en psicoterapia, entra las que incluye ampliar “nuestro punto de vista acerca de los contextos humanos en los que ocurre la psicoterapia” (p.10), dándole mayor relevancia para poder realizar una adecuada valoración y consideración teórica de dichos contextos y su vinculación con los procesos psicoterapéuticos. Además, en este caso, el contexto en el que ocurre la psicoterapia modifica las condiciones clásicas del ejercicio de la misma, por lo tanto analizar las vivencias de los pacientes en relación con las características particulares de esta psicoterapia resulta imprescindible.

¹⁹ Este objetivo se fundamenta en la propuesta metodológica de triangular los datos provenientes de diferentes fuentes, de modo de aportar a la comprensión del fenómeno que interesa investigar (4.3. Métodos y procedimientos).

Capítulo 4: Metodología de la investigación

4.1. Enfoque metodológico

La Metodología es entendida como “aproximación general al estudio de un objeto o proceso, es decir el conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos que una disciplina desarrolla para la obtención de sus fines” (Iñiguez, 2009, párr.2). Se concibe a la Metodología como modo en que se enfocan los problemas y se buscan las respuestas (Taylor y Bogdan, 1992).

La presente investigación se realizó desde un enfoque cualitativo (Iñiguez, 2009; Vasilachis, 2006). Dicho enfoque busca comprender procesos psicosociales y subjetividades, para realizar una investigación situada, que aborde la complejidad del fenómeno que interesa investigar y proporcione herramientas que permitan conceptualizar los procesos que se busca analizar. La metodología cualitativa refiere entonces a los “procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos” (Krause, 1995, p.21).

La investigación cualitativa no presenta un modelo de investigación único y válido para todos los casos, lo que le otorga la flexibilidad necesaria para la adaptación a las circunstancias de la realidad del ámbito en el que se da el fenómeno de estudio (Mendizábal, 2006).

La *elección de un diseño cualitativo* se basó en primer lugar en las recomendaciones realizadas por la APA (2006), que plantea la pertinencia de utilizar la investigación cualitativa para investigar las vivencias y experiencias subjetivas de los pacientes.

Además, la elección se fundamenta en argumentos presentados por científicos de vasta trayectoria en la investigación de psicoterapias.

En este sentido, Botella y Figueras ya en 1995 afirmaban que los métodos tradicionales de estudio y evaluación de las psicoterapias estaban fuertemente influidos por las ciencias duras como la física y la química; promoviendo “la visión de los modelos psicoterapéuticos como si se tratase de verdades fundamentales sobre el ser humano, aisladas de su entorno cultural y socio-político” (Botella y Figueras, 1995, p.14). En este sentido, en los últimos tiempos, incluso las ciencias exactas han reconocido la influencia de la cultura, la sociedad y el sujeto en la construcción de sus

teorías, revisando sus formas de investigación, lo que obliga también a revisar las formas de investigación de los fenómenos subjetivos.

Cualquier postura rígida y unilateral sobre el estudio de fenómenos complejos como lo es el objeto de estudio abordado, sería como intentar ajustarlos al lecho de Procasto. Según el mito, Procasto era un bandido que ofrecía hospedaje a los viajeros cansados. La leyenda cuenta que éste los acostaba sobre una cama rígida, y forzaba su cuerpo de manera que encajara con exactitud; si eran demasiado largos, los cortaba, y si por el contrario eran cortos, los estiraba violentamente. El mito representa entonces al lecho rígido al que deben acomodarse los hechos, cuando no se aborda su complejidad (Poch y Ávila, 1998).

Asimismo, durante las últimas tres décadas, en Europa, Estados Unidos y América Latina ha habido un aumento en el uso de las metodologías cualitativas tanto en Ciencias Sociales como en Psicología, en el intento de buscar nuevas formas para abordar algunas temáticas e interrogantes que se han intentado resolver desde las metodologías cuantitativas exclusivamente, sin éxito (Krause, 1995). Además, ha habido un notorio incremento en la utilización de metodologías mixtas que triangulan métodos cuantitativos con cualitativos. Según Krause (1995), dicho aumento en estas áreas de conocimiento se asocia a que actualmente se está enfatizando el estudio de procesos subjetivos, siendo estos abordajes los que mejor permiten explicarlos.

Sales (2009) plantea que dentro del campo de la investigación en psicoterapia es necesario desarrollar métodos de evaluación no protocolizados y que sean impartidos en contextos reales, así como diseños no experimentales (alternativos a los ensayos clínicos). De acuerdo con el autor, es imprescindible que la investigación se vincule con las interrogantes y las preocupaciones reales de los clínicos y las instituciones sanitarias, para no profundizar el conocido divorcio entre investigación y ejercicio clínico que se traduce también en el divorcio entre el sector académico-investigador y el clínico-profesional.

Por todo lo expuesto, se entiende entonces que la metodología cualitativa es la más adecuada para responder a las preguntas de esta investigación, permitiendo cumplir con los objetivos planteados.

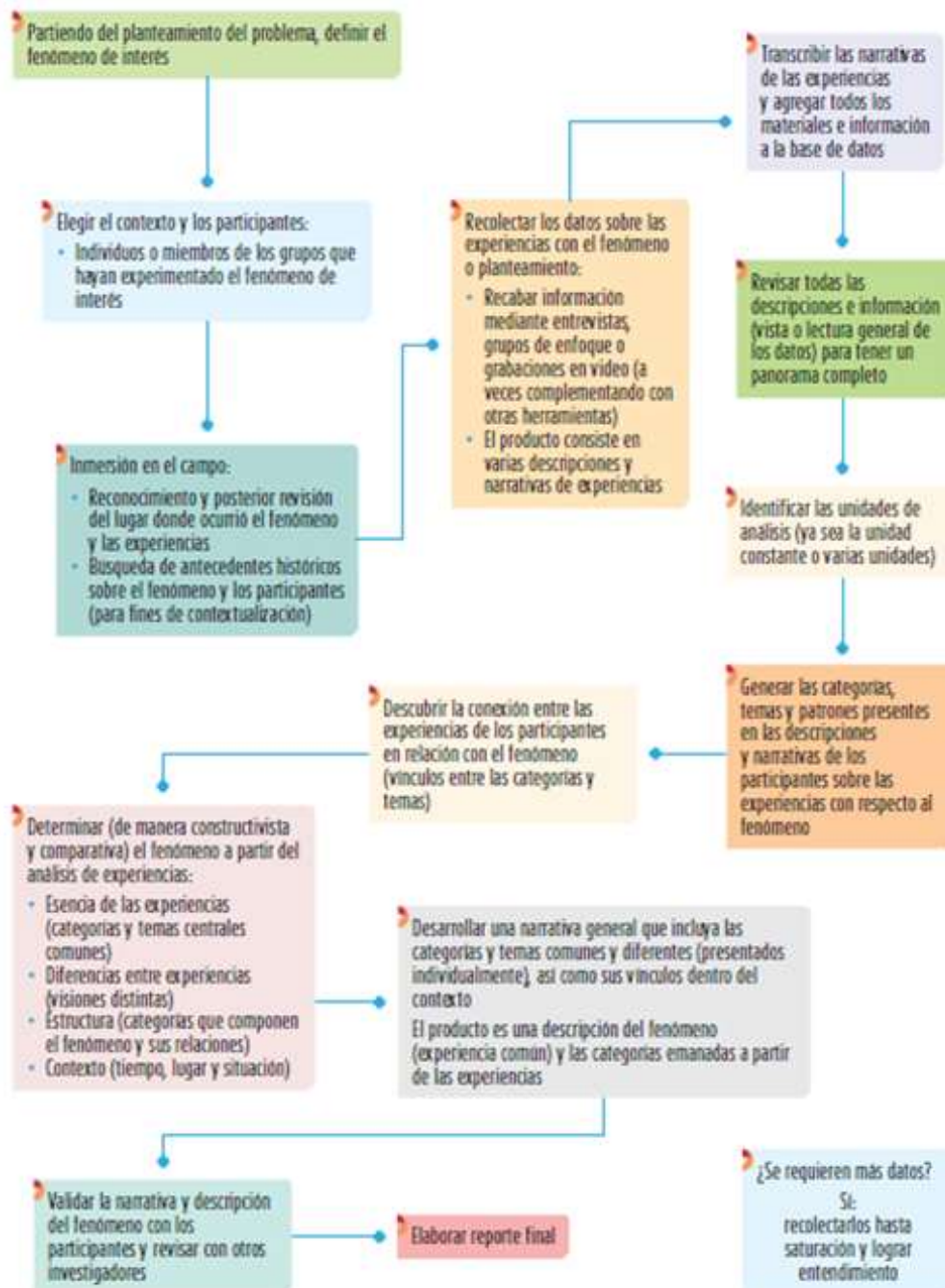
4.2. Diseño de la investigación

De acuerdo con las características de la metodología cualitativa, la presente investigación tiene un diseño flexible, realizándose en escenarios que resultan cotidianos para los sujetos de investigación. Se analizaron las implicaciones de la investigadora, así como también se tuvo en cuenta los efectos que ella puede causar sobre los sujetos de investigación.

El alcance de la investigación es *exploratorio*: si bien a nivel internacional las investigaciones sobre procesos y resultados en psicoterapia son amplias, en nuestro medio las mismas son escasas, más aún en relación con las prestaciones de psicoterapia del SNIS, lo que justifica dicho alcance. Se entiende que la presente investigación resulta de utilidad para comenzar a comprender el funcionamiento de las psicoterapias en el contexto de los servicios de salud, desde las vivencias de los usuarios, posibilitando además formular hipótesis que sustenten investigaciones futuras.

Se trata de una investigación *retrospectiva y transversal*. Retrospectiva ya que partió de la situación de finalización de la psicoterapia para desde allí indagar las vivencias de los usuarios en relación con ésta y transversal porque los sujetos fueron observados en una única oportunidad.

Es un *estudio fenomenológico* ya que se propuso describir y analizar las experiencias de los sujetos frente a un fenómeno. Hernández, Fernández y Baptista (2014) proponen el siguiente esquema que sintetiza las principales acciones que deben implementarse en un diseño fenomenológico, acciones presentes en esta investigación:



(p.427)

4.3. Métodos y procedimientos

4.3.1. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó como técnica principal la *entrevista en profundidad*. Asimismo, se utilizaron otras dos herramientas: *la revisión de historias clínicas* y *la aplicación de un cuestionario cerrado con opciones múltiples*, elaborado por la investigadora.

De este modo, la información recabada mediante la entrevista en profundidad fue triangulada²⁰ con las dos fuentes de datos mencionadas, con la finalidad de enriquecer y profundizar el análisis. La triangulación es ampliamente sugerida en investigación cualitativa, ya que tener varias fuentes de información posibilita mayor riqueza, amplitud y profundidad a la hora de analizar un fenómeno (Hernández et al., 2014).

a) Entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad como técnica de recolección de datos posee una pauta temática y preguntas abiertas que se van presentando a los entrevistados para que las respondan libremente (Flick, 2012).

Sisto (2008) plantea la pregunta como elemento central de la caja de herramientas del metodólogo cualitativo: nos libera de la doxa y nos ubica en la situación de dejarnos enseñar, implicando una relación dialógica y la construcción de una verdad a partir de una interacción comunicacional. Supone entonces una disposición activa al diálogo por parte del investigador.

Este tipo de entrevista habilitó un nivel de profundidad que acompasó los objetivos establecidos para la investigación, posibilitando además la flexibilidad necesaria para realizar preguntas que surgieron en función de cada entrevistado y del rumbo de la conversación.

Se describen las *principales fuentes que se utilizaron para la elaboración de la guía de la entrevista*:

²⁰ La triangulación de datos es entendida como la “utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección de datos” ((Hernández et al., 2014, p.418).

- Investigaciones sobre el cambio en psicoterapia. Se tomaron como base para conocer cómo y qué se ha indagado de la vivencia del paciente, el cambio y los aspectos particulares de las psicoterapias en contextos institucionales.
- Plan de Implementación de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (MSP, 2011). Este documento regula las prestaciones en psicoterapia y presenta los principales lineamientos de trabajo en el contexto del SNIS. Se analizó el documento para conocer aquellos componentes singulares de la prestación sobre los que es necesario indagar en las entrevistas.
- CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure), creado por el CORE System Group. Es un instrumento cuantitativo de medida que posee una versión en español. El instrumento fue diseñado especialmente para la evaluación del progreso terapéutico de pacientes. Está compuesto por un cuestionario de 34 ítems con preguntas cerradas; se auto administra y evalúa las siguientes dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/síntomas, Funcionamiento general (evalúa las relaciones de intimidad, relaciones sociales y nivel de funcionamiento cotidiano) y Riesgo (riesgo de intentos de suicidio, autolesiones o actos de agresión a terceros) (Feixas et al., 2012).
- Pauta de entrevista a paciente adulto utilizada por el equipo de investigación liderado por Mariane Krause (Proyecto del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile²¹). Esta pauta consta de preguntas abiertas que hacen hincapié en las siguientes áreas: experiencia del tratamiento, diagnóstico y noción de enfermedad, expectativas de ayuda, relación terapéutica, aspectos del proceso (intervenciones y momentos significativos), resultados y finalización del proceso.
- Escala de niveles de funcionamiento de la personalidad presente en el DSM V (American Psychiatric Association, 2014). Esta escala incluye cuatro dimensiones: Identidad, autodirección, empatía e intimidad²², las que se tomaron para ser

²¹ Documento de uso interno compartido por un integrante del equipo de investigación en el marco de un curso de Formación Permanente dictado en Facultad de Psicología – UdelaR en el año 2009.

²² Se desarrollan brevemente las dimensiones de la Escala de Funcionamiento de la Personalidad presente en el DSM V: **Identidad**: interesa conocer si la persona posee conciencia de un self único; mantiene límites apropiados al rol; posee autoestima positiva, consistente y auto regulada; con una precisa valoración del self, y es capaz de experimentar,

indagadas clínicamente en la investigación y así poder realizar una aproximación al nivel de funcionamiento de la personalidad de los entrevistados²³.

En base a las herramientas antes mencionadas, *en las entrevistas se indagaron las siguientes áreas* ([Ver Anexo 1: Pauta de entrevista](#)):

- Impresiones espontáneas sobre la psicoterapia.
- Motivo de consulta y situación vital al inicio del tratamiento, preguntándose específicamente por las siguientes áreas: relaciones interpersonales, relaciones sociales, sentimiento de sí y funcionamiento cotidiano.
- Proceso de llegada a la terapia psicológica y expectativas de ayuda.
- Cambios a partir de la terapia. Indagación de cambios en el sentido amplio y específicamente cambios en relación con el motivo de consulta y cambios en las áreas indagadas antes mencionadas.
- Finalización de la psicoterapia.
- Alianza terapéutica.
- Particularidades de la psicoterapia en el marco del SNIS: frecuencia, duración, tiempos de espera, elección del terapeuta, pasaje por el comité de recepción, costos económicos.
- Funcionamiento de la personalidad: se exploró clínicamente, según el discurso general de los entrevistados y además se realizaron preguntas dirigidas

tolerar y regular una gama completa de emociones. **Autodirección:** Busca conocer si la persona establece y aspira a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales; si utiliza estándares apropiados de comportamiento y si puede reflexionar sobre la experiencia interna y tomar un sentido constructivo de ella. **Empatía:** indaga si la persona es capaz de comprender adecuadamente las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones; si comprende y valora las perspectivas de los demás, aun cuando no está de acuerdo; si es consciente del efecto de sus propias acciones sobre los otros y si mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas en la vida personal y comunitaria. **Intimidad:** examina si la persona desea y se involucra en un número de relaciones cariñosas, cercanas y recíprocas y se esfuerza por cooperar y obtener beneficio mutuo, respondiendo flexiblemente a una gama de ideas, emociones y comportamientos de los otros (American Psychiatric Association, 2014).

²³ Es importante destacar que a partir del CIE-11, publicado en el 2018, estas dimensiones fueron tomadas para definir los trastornos de personalidad, adquiriendo un rol central en la nueva clasificación.

específicamente a indagar la autopercepción en las áreas de funcionamiento de la personalidad presentes en el DSM V: identidad, autodirección, empatía e intimidad.

b) Revisión de historias clínicas

Se revisaron las historias clínicas con la finalidad de conocer cómo llegó el paciente a la psicoterapia, quién o quiénes lo derivaron y qué recorrido realizó previamente por el sistema de salud, de modo de triangular esta información con la obtenida en la entrevista en profundidad.

Se buscó conocer qué información del proceso terapéutico se documentó en las historias clínicas y de qué forma se hizo, para articular dicho registro con las vivencias de los usuarios²⁴.

c) Cuestionario con opciones múltiples

Luego de definidas las áreas principales de indagación para la entrevista en profundidad, se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas con opciones de respuesta múltiple. El objetivo de este cuestionario fue indagar áreas preguntadas en la entrevista en profundidad con una herramienta diferente, para poder comparar los datos obtenidos mediante una y otra técnica de recolección de datos y, a su vez, generar una forma de cuantificación para algunos elementos indagados ([Ver Anexo 2: Cuestionario con opciones múltiples](#)).

4.3.2. Muestra

Se utilizó una *muestra seleccionada por conveniencia*: muestreo no probabilístico en el que los sujetos son seleccionados de acuerdo con la accesibilidad y proximidad con el investigador, conforme a los casos que cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, son accesibles para el investigador (Hernández et al., 2014). Se seleccionó esta forma de muestreo por dos motivos: 1) por su *viabilidad*: obtener los avales y autorizaciones de las prestadoras de salud para la realización de una investigación implica muchas gestiones que suponen tiempo y costos²⁵, los que fueron tenidos en

²⁴ El registro acerca de los procesos terapéuticos por parte de terapeutas e instituciones prestadoras es no sólo un modo de documentación de los procesos, sino además una medida de seguridad para los pacientes en tanto permite monitorear la calidad de la asistencia.

²⁵ Estas gestiones fueron viabilizadas mediante la Directora Académica de la Tesis, siendo éste el único lugar que posibilitó la realización de la investigación, por lo que la *factibilidad* tuvo un rol preponderante en la elección de la institución donde se realizó la investigación.

cuenta a la hora de seleccionar el tipo de muestra, considerando que se trata de una Tesis de Maestría. 2) porque se trata de un estudio de *alcance exploratorio*. En este sentido, este tipo de muestra resulta útil para tener una primera aproximación con el objeto de estudio y sus resultados permitan formular hipótesis para futuras investigaciones sobre el tema.

La muestra fue seleccionada en una Institución Médica de Asistencia Colectiva (IMAC). Esto se justifica en el interés de la investigadora, el que se fundamenta en dos motivos: en primer lugar en la cantidad de población que atiende su salud en el sistema mutual uruguayo, cantidad que ha crecido exponencialmente a partir de la creación del SNIS. En este sentido, en el año 2012 la consultora CIFRA presentó al MSP un informe de opinión pública sobre atención a la salud en Uruguay, indicando que en dicho año el 75% de la población se atendía en el sistema mutual, aumentando 20% entre 2010 y 2012²⁶. En segundo lugar, dicho interés se fundamenta en que la incorporación de prestaciones en psicoterapia en las mutualistas es más reciente que en ASSE²⁷. En el caso de las IMAC, hasta la implementación del PIPSM no existía ningún lineamiento universal hacia la implementación de prácticas de estas características, habiendo escasas iniciativas aisladas que dependían de voluntades individuales (MSP, 2011).

Tanto las entrevistas en profundidad como la revisión de historias clínicas y aplicación de cuestionario con opciones múltiples se aplicaron sobre la misma muestra, constituida por 10 sujetos.

Los datos se codificaron de acuerdo con el género (PM: paciente mujer o PV: paciente varón), asignándosele a cada entrevistado un número del 1 al 10, siguiendo el orden en el que se realizaron las entrevistas (PV1, PM2, etc.).

Criterios de inclusión y exclusión:

Para la selección de los participantes se definieron los siguientes criterios:

²⁶ No se encontraron datos más actuales acerca de los porcentajes de población que se atienden en el sistema mutual y en ASSE.

²⁷ ASSE tiene mayor trayectoria en el trabajo en el área de Salud Mental integral; a modo de ejemplo en 1996, ASSE-MSP desplegó un plan de desarrollo nacional a través de los Centros de Salud y Equipos de Salud Mental; en el año 2005 se creó la Coordinación de Salud Mental de ASSE-MSP responsable de llevar adelante el Plan, en el 2007 se llevó adelante una estrategia de profundización de los lineamientos y acciones (MSP, 2011).

Criterios de inclusión:

- Sujetos adultos (mayores de 18 años) dispuestos a participar de forma voluntaria en la investigación
- Psicoterapia finalizada y realizada en el marco de las prestaciones en psicoterapia del SNIS, en el Modo II de psicoterapia individual (psicoterapia de hasta 48 sesiones en adultos)
- Psicoterapias realizadas en el contexto de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)

Criterios de exclusión:

- Abandono de la terapia en Modo II
- Destinatarios del Modo I y III de las prestaciones en Salud Mental del SNIS
- Personas menores de 18
- Psicoterapias realizadas en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

4.3.2.1. Procedimiento de recolección de datos

Previo a la recolección de datos, se procedió a la realización de una entrevista piloto con el fin de ajustar la pauta de entrevista y el cuestionario con opciones múltiples de modo de asegurar la comprensión, apertura, ausencia de sesgo, etc. de todas las preguntas. Asimismo, la entrevista piloto se utilizó para definir y ajustar el método de análisis de los datos (este punto se desarrolla en [4.4.1.](#)).

Una vez efectuada dicha entrevista, se realizaron varios ajustes a la pauta de entrevista y al cuestionario con opciones múltiples, fundamentalmente en relación con la extensión, la presencia de preguntas poco claras, reiterativas en su contenido y el ajuste de preguntas que sesgaban las respuestas.

4.4. Análisis de datos

El propósito fundamental del análisis de datos en investigación cualitativa es estructurar el material recogido, organizándolo en unidades y categorías (Hernández et al., 2014). En este sentido, es lícito mencionar que, por la propia naturaleza del análisis cualitativo, la interpretación de los datos que se realizó por parte de la investigadora podría diferir de la que realizarían otros investigadores; “lo cual no

significa que una interpretación sea mejor que otra, sino que cada quien posee su propia perspectiva” (Hernández et al., 2014, p.419).

4.4.1. Análisis de las entrevistas en profundidad

Con la finalidad de escoger un método de análisis de los datos que proporcionara mejor información para el análisis de las entrevistas en profundidad, de acuerdo con los objetivos y con el alcance de la presente investigación, la entrevista piloto se analizó en base a: la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), el Análisis Fenomenológico Interpretativo (Trejo, 2012; Pietkiewicz, 2014) y el Análisis de contenido (Bardín, 1986). De este modo fue posible establecer cuál de los métodos resultaba más pertinente y qué de cada uno de ellos resultaba útil a la investigación propuesta.

Se describen brevemente cada uno de los mencionados métodos:

- La *Teoría Fundamentada* surge en 1967 propuesta por Glaser y Strauss, y se asienta teóricamente en el interaccionismo simbólico. Con el tiempo, ésta se ha ido desarrollando en diversas direcciones a partir del aporte de diferentes autores (Hernández et al., 2014). En términos generales, la teoría fundamentada tiene el objetivo de construir categorías de análisis que posibiliten la comprensión fiable y contextualizada del fenómeno a investigar para así generar teoría sustantiva (Strauss y Corbin, 2002). Dicha comprensión del fenómeno debe basarse en los datos recolectados en el campo, constituyendo una metodología general para el análisis de datos cualitativos en la que se utilizan sistemáticamente un conjunto de métodos (Glaser, 1992).

- En cuanto al *Análisis Fenomenológico Interpretativo*, los fenómenos son entendidos como no acabados y en constante construcción en tanto los sujetos son capaces de modificarlos y darle sentido. Desde este enfoque, no es posible analizar un hecho sin aceptar que está anclado en el significado que le dan quienes lo viven, por lo que interesa especialmente cómo los sujetos le dan sentido a su experiencia. Se basa en la fenomenología promovida por los filósofos Edmund Husserl (1859-1938) y Martin Heidegger (1889-1976) y “tiene por objeto determinar los componentes esenciales de los fenómenos o experiencias que las hacen únicas o distinguible de otros” (Trejo, 2012, p.99).

- Finalmente, el *Análisis de Contenido* es definido por Bardín (1986) como un conjunto de técnicas de análisis que tienen por objetivo “obtener indicadores (cuantitativos o cualitativos) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (p.32). El análisis de contenido puede ser entonces, cualitativo o cuantitativo e implica un trabajo de interpretación que se mueve entre el polo de la objetividad y el de la fecundidad de la subjetividad (López, 2013), teniendo como finalidad comprender y ordenar el sentido de un texto. Pertenecen al análisis de contenido todo el conjunto de herramientas que se proponen analizar mensajes comunicativos.

Para ello el analista tendrá a su disposición todo un juego de operaciones analíticas, más o menos adaptadas a la naturaleza del material y del problema que tratará de resolver, pudiendo utilizar una o varias que sean complementarias entre sí para enriquecer los resultados o pretender así una interpretación fundamentada científicamente. (Abela, 2002, p.4)

El análisis de contenido cualitativo permite articular los conceptos teóricos con lo que emerge del análisis, lo que posibilita profundizar en la conceptualización. Presenta tres tipologías: *temático*, *semántico* y *de redes*. El primero se centra en la presencia de términos o conceptos, utilizándose la clasificación temática y el análisis de las palabras o expresiones en su contexto. El segundo pretende estudiar las relaciones entre los temas tratados en un texto, poniendo en dichas relaciones el foco del análisis. El tercero se centra en la ubicación relativa de los distintos componentes (Cáceres, 2003).

En base a los aportes teóricos y los hallazgos del estudio piloto, se definió que *el método más adecuado para el análisis, de acuerdo con los datos que produce, es el Análisis de Contenido cualitativo de tipo temático, dado que el objetivo del análisis es la identificación de temas, para a partir de ello, realizar inducciones*. El análisis de los datos posteriores a la entrevista piloto se realizó mediante un procedimiento ad hoc, no lineal, interactivo con los datos, siguiendo la propuesta metodológica del análisis de contenido que formula los siguientes pasos para la realización del análisis: “1. Determinar el objeto o tema de análisis. 2. Determinar las reglas de codificación. 3. Determinar el sistema de categorías. 4. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización. 5. Realizar inferencias” (Abela, 2002, p.11).

En el proceso de categorización que se utilizó para la investigación, cobra especial importancia el impacto de la contribución de la Teoría fundamentada, en el sentido de aplicar un método inductivo, a partir de las preguntas de investigación, de modo flexible, sin supuestos previos, que son característicos del método científico tradicional, hipotético-deductivo (Cho y Lee, 2014). En este sentido, Abela (2002) afirma que:

Un importante elemento para el desarrollo y el auge en los últimos años del análisis de contenido cualitativo ha sido la incorporación de la “Teoría Fundamental” (Grounded Theory) (...) en la utilización de la inducción analítica para la búsqueda de códigos y categorías en los textos. (p.9)

Esto coincide además con el análisis temático, en el que cobra mayor relevancia la inducción y la construcción de categorías basadas en los datos.

A continuación se describe el procedimiento utilizado para la codificación:

Codificar consiste en transformar los datos en un texto que aporte a la comprensión del objeto de estudio. En este sentido, la categorización según Bardín (1986), “es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos” (p.90).

El proceso de codificación se realizó desde lo más concreto y micro hacia lo más abstracto, general e integrador.

En primer lugar se procedió a la segmentación y fragmentación del texto a partir de la identificación de conceptos y elementos que resultaron significativos. Las unidades de análisis fueron frases y párrafos significativos del material, las que se fueron nombrando (Hernández et al., 2014). En esta etapa fue importante identificar los elementos relevantes de los datos y analizarlos para descubrir similitudes y diferencias; lo que posibilitó la creación de unidades de sentido.

Posteriormente, en un segundo momento del análisis se procedió **a)** agrupar los códigos en temas, de modo de generar categorías e **b)** identificar las categorías centrales del fenómeno, así como las subcategorías y dimensiones que dependen de

éstas. Se crearon entonces Categorías Centrales²⁸ y subcategorías (menor abstracción) que dependen de las categorías centrales, permitiendo aumentar en profundidad y estructuración. Además, se establecieron las dimensiones de las subcategorías A partir de las Categorías Centrales y Subcategorías con sus dimensiones, fue posible crear una red de relaciones que permitió comenzar a esbozar respuestas a los objetivos planteados en la investigación.

El elemento central de toda categoría es que guarde relación estrecha con los datos, por ello, cada categoría se ilustró y caracterizó con unidades de análisis (segmentos del texto), las que son de libre flujo. Esto implica que las unidades no poseen un tamaño equivalente (a diferencia de las unidades constantes): “Se selecciona el inicio del segmento y hasta que se encuentra un significado, se determina el final del segmento” (Hernández et al., 2014, p.427).

Tanto para las categorías centrales, como para las subcategorías se presentan categorías teóricas (que surgen del corpus teórico utilizado en la investigación) y categorías emergentes (que surgen estrictamente del material, según la aparición en los datos).

Las categorías centrales y subcategorías surgidas del análisis cumplen con los requisitos establecidos por el Análisis de Contenido: son pertinentes (adecuadas a los propósitos de la investigación), exhaustivas (abarcando todas las subcategorías posibles), homogéneas (están compuestas por elementos de naturaleza semejante), mutuamente excluyentes (cada unidad de análisis puede ser ubicada en una única categoría y/o subcategoría) (Fernández, 2002).

²⁸ Según Hernández et al. (2014), existe consenso entre diferentes autores (Creswell, Milliken Straus, Corbin y Glasser) en relación a que las categorías centrales deben tener las siguientes características:

1. Debe ser el centro del proceso o fenómeno. (...)
2. Todas o la mayoría del resto de las categorías deben vincularse con ella. (...)
3. Debe aparecer frecuentemente en los datos (...)
4. Su saturación es regularmente más rápida.
5. Su relación con el resto de categorías debe ser lógica y consistente, los datos no deben forzarse.
6. Conforme se refina la categoría o concepto central, la teoría robustece su poder explicativo y profundidad.
7. Cuando las condiciones varían, la explicación esencial se mantiene. (Hernández et al., 2014, p.475).

Durante todo el proceso de análisis se fueron tomando notas de las ideas, sugerencias, intuiciones y preguntas que surgieron en la investigadora, de modo de poder enriquecer el trabajo.

Asimismo, se realizaron esquemas y tablas que permitan visualizar las relaciones entre los conceptos para favorecer el análisis.

4.4.2. Cuestionarios con opciones múltiples y revisión de historias clínicas

Los datos del cuestionario con opciones múltiples se presentan también en el análisis y se utilizan para complementar el análisis de las entrevistas en profundidad. Además, se presentan los principales hallazgos de la revisión de historias clínicas. Ambos (resultados de cuestionarios y hallazgos de revisión de historias clínicas), se triangularán con los resultados del análisis de las entrevistas en profundidad.

4.5. Consideraciones éticas

Se realizó la presente investigación porque se entiende que los beneficios sociales de la misma en términos de producción de conocimientos superan los potenciales riesgos para sus participantes.

Si bien toda investigación implica riesgos, las condiciones de la presente fueron bien toleradas por la población que participó. Esto fue previsto por la investigadora, basándose en la evidencia de estudios realizados a nivel nacional e internacional; los que demuestran que la entrevista en profundidad es un método que permite conocer las vivencias de los pacientes sobre sus psicoterapias sin exponerlos a riesgos significativos.

Además, se excluyeron de la muestra a las personas pertenecientes a grupos vulnerables, según la definición de estos grupos plasmada en el Decreto 379/008 de Investigación con seres humanos.

Un posible riesgo del estudio fue la potencial movilización de angustias o ansiedades. En este sentido, se aseguró para todos los participantes, la posibilidad de derivación a un equipo técnico especializado. Cabe mencionar que no fue necesaria la derivación de ninguno de ellos.

Por su parte, un beneficio directo para los participantes fue la posibilidad de evaluar su proceso terapéutico, mediante la entrevista realizada, valorando su experiencia. Este aspecto fue destacado por varios de los entrevistados, quienes agradecieron la posibilidad de revisar su experiencia.

Se considera que la investigación posee gran relevancia social, implicando beneficios sociales por el conocimiento que produce, beneficios que repercutirán directamente sobre los sujetos destinatarios de la atención psicoterapéutica en los centros de salud.

Las gestiones necesarias en términos de asegurar los requerimientos éticos de la investigación incluyeron la elaboración de un Consentimiento informado y hoja de información para los participantes, la aprobación de la investigación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Psicología; la coordinación con la Dirección Técnica y con la Coordinadora de Salud Mental de la prestadora en la que se realizaron las entrevistas y el pasaje del Proyecto de Investigación por el Comité de Bioética de la mutualista.

Para convocar a los participantes, primeramente, la institución los contactó telefónicamente con la finalidad de invitarlos a participar en la investigación (esto se realizó con la finalidad de proteger los datos de los usuarios hasta tanto ellos autorizaran facilitárselos a la investigadora). Una vez que ellos aceptaron, la investigadora se puso en contacto para coordinar el encuentro presencial. Se ofrecieron como lugares para la realización de la entrevista el Centro de Investigación Clínica de la Facultad de Psicología, UdelaR y la mutualista, para que los participantes elijan el lugar de acuerdo con su conveniencia.

Todo lo explicitado está en consonancia y con el Decreto de Ley N° 515 de Investigación con seres humanos (2008), la Ley 18.331 de protección de los datos personales (2008a), y a la Ley 18.335 Derechos y Obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud (2008b).

4.5.1. Consentimiento informado

Todos los participantes de la investigación leyeron y manifestaron su conformidad con la información escrita brindada por la investigadora y accedieron a firmar el Consentimiento libre informado. Se comunicó sobre los objetivos de la investigación y el uso que se daría a los datos obtenidos. Asimismo, se solicitó el acceso a la

información de la historia clínica. Se informó además sobre los beneficios previstos y potenciales riesgos de la investigación. Igualmente se solicitó la autorización para poder grabar las entrevistas y utilizar los contenidos de éstas. Se aseguró la total confidencialidad sobre la información a la que se accedió. Además, se explicitó que en cualquier momento del proceso los participantes podían abandonar la investigación por su propia voluntad. Se mencionó explícitamente que la negativa a participar no generaría daños, perjuicios o represalias en su atención sanitaria. Se informó acerca de su derecho a acceder a los resultados de la investigación, brindándose datos de contacto con la investigadora. Se entregó copia del consentimiento informado y de la hoja de información.

Se explicó a todos los participantes que el consentimiento libre informado podría ser revocado por la sola voluntad del sujeto en cualquier momento del desarrollo del proceso de investigación, sin que esto implicase ningún tipo de consecuencias para ellos (Ver [Anexo 3: Consentimiento informado](#) y [Anexo 4: Hoja de información](#)).

Capítulo 5: Presentación y análisis de resultados

5.1. Consideraciones generales

Todas las personas entrevistadas para la investigación (10) pertenecen a un mismo prestador (Mutualista de Montevideo). Como se desarrolló en el Capítulo 4 (Metodología de la investigación, [4.3.2. Muestra](#)), se trata de una muestra seleccionada por conveniencia basada en la accesibilidad, que no pretende ser representativa sino adecuada para un estudio exploratorio.

La selección de pacientes para la muestra se realizó revisando exclusivamente los datos que permitían seleccionarlos en base a los criterios de inclusión y exclusión, desconociendo aspectos vinculados con el proceso terapéutico. Existió la intención de evitar cualquier tipo de sesgo en la selección, aunque la condición de selección de pacientes que hubiesen finalizado su psicoterapia dejó fuera los abandonos, lo que podría implicar una tendencia a encontrar mayores valoraciones positivas del tratamiento (las investigaciones internacionales demuestran que quienes continúan sus psicoterapias, encuentran algún beneficio en ellas). Este elemento fue tenido en cuenta a la hora de analizar los datos obtenidos en la investigación.

La recolección de datos se efectuó entre octubre de 2017 y febrero de 2018.

Se realizó un único encuentro con cada participante de una duración aproximada de una hora y media. En cada encuentro se comenzó realizando la entrevista en profundidad siguiendo la pauta de entrevista elaborada. Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de los entrevistados. Además, la investigadora recogió notas durante la misma. Posteriormente se solicitó a los participantes que lean y completen el cuestionario con opciones múltiples. Luego de finalizados todos los encuentros, se procedió a la revisión de historias clínicas.

5.2. Características de la muestra

Constitución de la muestra:

Entrevistado	Género	Edad	Año de realización de la terapia
PM1	Mujer	24 años	2015 – 2016
PM2	Mujer	50 años	2014 – 2015
PV3	Varón	34 años	2016 – 2017
PM4	Mujer	31 años	2016 – 2017
PV5	Varón	30 años	2015 – 2016
PV6	Varón	19 años	2016 – 2017
PM7	Mujer	58 años	2016 - 2017 (un año y 3 meses de prórroga)
PM8	Mujer	38 años	2014 - 2015
PM9	Mujer	46 años	2016 – 2017
PM10	Mujer	42 años	2016- 2017

La muestra estuvo compuesta por 7 mujeres y 3 varones de entre 19 y 58 años, seleccionados por conveniencia. Del total de los entrevistados, en el momento en que se realizó el trabajo de campo, 8 trabajaban, 1 se encontraba en proceso jubilatorio y 1 se encontraba realizando estudios universitarios. En cuanto al nivel educativo de los entrevistados, 9 tienen ciclo básico completo, 2 tienen estudios terciarios completos, una tiene estudios universitarios completos y otro se encontraba realizando estudios universitarios. Las psicoterapias fueron realizadas y finalizadas en el período comprendido entre 2014 y 2017.

Respecto a otras variables relevadas, se distribuyeron de la siguiente forma:

Realización de terapias previas: del total de entrevistados, tres pacientes habían realizado terapias previamente, los tres en contextos institucionales. En los demás casos ésta fue su primera experiencia de psicoterapia.

Consumo de medicación: la mitad de los pacientes tomaban psicofármacos al momento de iniciar el tratamiento psicoterapéutico. Se destaca que de los que tomaban, 4/5 dejaron de hacerlo durante la psicoterapia:

PM8: “(...) solo tomé tres meses. Cuando la terapia empezó a hacer efecto yo vine a la psiquiatra y me la sacó”. PV6: “Estaba con (nombre de dos fármacos) los cuales dejé y fue cuando los dejé que arranqué con la idea de que capaz que lo que es la psicología me puede ayudar más”.

La única paciente que continuó tomando medicación tiene diagnóstico de depresión crónica y tratamiento psiquiátrico de larga data.

Funcionamiento de la personalidad de los entrevistados: la aproximación al nivel de funcionamiento se realizó teniendo en cuenta los criterios de inclusión (pacientes pertenecientes al Modo II) y exclusión (pacientes pertenecientes al Modo I y III) establecidos para la muestra, la información obtenida del autorreporte de los pacientes (preguntas específicas referidas a áreas de funcionamiento) y la revisión de historias clínicas. Se tomaron los niveles de funcionamiento establecidos por la Escala de funcionamiento de la Personalidad del DSM V, utilizándose los conceptos de la escala de forma clínica, no estadística. A partir de estos datos se estimó que todos los entrevistados poseen niveles de funcionamiento con poca o ninguna deficiencia.

5.3. Entrevistas en profundidad: presentación y análisis

A continuación, se presenta un esquema con las Categorías Centrales y Subcategorías que surgen del análisis. A partir de este esquema se desarrollará la presentación y análisis de los resultados, siguiendo el orden establecido en éste²⁹.

Categorías Centrales	Subcategorías
<i>Vivencias de cambio</i>	Expectativas de ayuda
	Experiencia de la psicoterapia y cambios
	Cambios en las vivencias de los problemas
	Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al inicio de la psicoterapia
	Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al finalizar la psicoterapia
<i>Vínculo terapéutico y cambios</i>	El vínculo con el terapeuta como motor del cambio
	Las particularidades del vínculo terapéutico
<i>Particularidades de la psicoterapia en la mutualista</i>	Accesibilidad: <i>“Si no hubiera sido por la mutualista no hubiera accedido”</i>
	Aspectos referentes al encuadre

²⁹ Si bien este esquema es creado una vez avanzado el análisis, se incluye al comienzo de modo de facilitar la lectura del presente capítulo. En el análisis se presentan y desarrollan las dimensiones de cada una de las Categorías Centrales y Subcategorías.

5.3.1. Categoría Central: Vivencias de cambio

Esta categoría se compone de las siguientes subcategorías y dimensiones:

Vivencias de cambios	
Subcategorías	Dimensiones
<i>Expectativas de ayuda</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poder hablar, desahogarse ❖ Pensar, entender y adquirir nuevas herramientas ❖ Ser escuchados ❖ “Sabía que no iba a ser magia”³⁰
<i>Experiencia de la psicoterapia y cambios</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desahogarse, entender, crecer ❖ Síntomas al inicio del tratamiento y necesidad de cambio ❖ Cambios a partir de la psicoterapia ❖ Cambios en los motivos que llevaron a consultar ❖ Cambios en otras áreas de la vida ❖ Mantenimiento de los cambios ❖ Áreas de no cambio “<i>varias cosas me quedaron pendientes</i>”
<i>Cambios en las vivencias de los problemas</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poder pensar de otra forma (componente cognitivo) ❖ Lograr cuidarse (componente comportamental) ❖ “Sacarme todo ese peso” (componente afectivo)

³⁰ Esta y todas las dimensiones y subcategorías que se encuentran escritas en cursiva y entrecuadradas, son verbalizaciones textuales del propio material de análisis que nominan la subcategoría o dimensión, ya que ilustran y sintetizan el contenido de éstas, tratándose entonces de codificaciones *in vivo*.

<p>Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al inicio de la psicoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoimagen: <i>“No podía mirarme al espejo”</i> ❖ Relaciones íntimas caóticas: <i>“No estaba bien con nadie”</i> ❖ Aislamiento en las relaciones sociales: <i>“Empiezan como a dejarte de lado”</i> ❖ Funcionamiento cotidiano sin lugar para el disfrute: <i>“Siempre estaba mal”</i>
<p>Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al finalizar la psicoterapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cambios en la autoimagen: <i>“Mirarte al espejo y decir soy esto y puedo con esto”</i> ❖ Cambios en las relaciones de intimidad: <i>“Disfruto todo de otra manera”</i> ❖ Cambios en las relaciones sociales: <i>“Me vinculo con la gente de forma distinta”</i> ❖ Cambios en el funcionamiento cotidiano: <i>“Ahora estoy más calmo y trato de hacer más en calidad que en cantidad”</i>

El término cambio denota transformación, evolución, mutación, metamorfosis, devenir, variación y mudanza y se contrapone a no cambio. Todo proceso psicoterapéutico tiene por objetivo generar transformaciones en los consultantes, quienes recurren a la psicoterapia buscando aliviar un sufrimiento y para ello, deberán transitar por un proceso de cambio. Las vivencias del paciente en torno a los cambios componen un eje central de la presente investigación, analizando la vivencia como unidad operacional³¹. Esta categoría central es por tanto *teórica* ya que el corpus teórico existente orientó la indagación de determinados aspectos vinculados con el cambio. Además es a partir corpus que la categoría se denominó como tal (vivencias de cambio). No obstante, ésta adquirió valor mediante los relatos de los pacientes, cuyas

³¹ Desde el punto de vista operativo, en la presente investigación se considera la vivencia como una unidad de análisis que incluye las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales; lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo (Contino, 2015; Fariñas, 2005; Hernández, 2010), para dar cuenta de los transformaciones y experiencias de los pacientes en relación con la psicoterapia. Se incluye como un tipo particular de vivencia, éstas en relación con los cambios ocurridos en la psicoterapia, con respecto al vínculo con el terapeuta y con el contexto en que se llevó a cabo la terapia (características de la atención).

verbalizaciones dieron contenido a esta categoría teórica, surgiendo de forma emergente las diversas subcategorías y dimensiones presentes en el análisis.

5.3.1.1. Subcategoría: Expectativas de ayuda

Las expectativas aparecieron formuladas de diversas maneras por parte de los pacientes:

PM8: “(...) Al principio... fue bien básico, al principio dejar de llorar y después empezar a pensar porque no pensaba”. PV5: “(...) sabía que no iba a ser magia. (...)”. PM1: “(...) me empecé a dar cuenta que era mucho el poner de mi parte para entender; y que también estaba todo en mi cabeza y que yo podía salir adelante. (...)”. PM2: “Bueno, lo que yo esperaba era que me pudiera aliviar en algún momento, que pudiera entender todo lo que pasó (...). Y quería, bueno, sentirme bien. (...)”. “yo tengo que salir adelante”(…) pero llegó un punto después que me pasaran todas estas cosas feas, que yo veía que no podía yo misma. (...). Yo veía que no, que sola no podía, necesitaba la ayuda de un profesional”. PM9: “No sé, quizás desahogarme, por lo único que esperaba, el poder conversar, que alguien me escuchara, yo creo que necesitaba que alguien me escuchara”. PM1: “(...) Pero en realidad estaba ansiosa y quería empezarlo, y sentía y me parecía que me iba a hacer bien. Bueno... y me hizo bien”. PM4: “Si, esperaba que de repente me aconsejara, me... que me hiciera preguntas, o sea, que me preguntara, pero también opinara (...)”. PM7: “Que me de herramientas para poder organizarme mejor en mi vida, para no hacerme un mundo por todo. (...)”. Yo no lo he podido lograr hacer del todo volcarme en mi misma (...)”. PV6: “(...) encontrar soluciones, o sea, soluciones, respuestas. (...)”.

Emergieron como aspectos comunes el **poder hablar, desahogarse; pensar, entender y adquirir nuevas herramientas y ser escuchados**. Todos estos aspectos resultaron *posibilitadores para sentirse mejor*.

Además la expresión **“Sabía que no iba a ser magia”** permitió ver la existencia de expectativas realistas en relación con la terapia, las que aparecieron como elemento común en diversas entrevistas.

5.3.1.2. Subcategoría: Experiencia de la psicoterapia y cambios

La entrevista en profundidad se inauguró solicitando a los participantes que comenten sus impresiones espontáneas acerca de la psicoterapia. En este sentido, todas las valoraciones generales de los procesos terapéuticos fueron muy positivas, expresando diferentes aspectos en los que los tratamientos supusieron aportes para los pacientes:

PM9: “buena, buena (...) desahogarme un poco ante la necesidad de hablar con alguien que no podía hacerlo en casa con nadie (...)”. PM1: (...) A mí me sirvió una cantidad (...) la psicóloga me ayudó una cantidad, a crecer una cantidad. (...)”. PM7: “Muy bueno, me gusto (...)”. PM4: “(...) me ayudó a aceptarla como es (refiriéndose al

vínculo con su madre). (...). PM8: “Fue muy bueno, yo estaba muy mal en ese momento (...)”. PM2: “(...) Primero me sirvió mucho porque me ayudó a disipar muchas dudas que yo tenía (...). Me ayudó a entender por qué yo actué de cierta manera (...)”. PV5: “Está fantástico (...). Fue fantástica la experiencia (...)”. PM10: “(...) fue muy bueno desde todo punto de vista (...) me ayudó muchísimo en muchos aspectos. En ese momento estaba pasando por una situación complicada. (...). Estaba en un límite que...para mí fue realmente un escape, un cable a tierra impresionante”. PV3: “(...) la verdad que fue lo que realmente me ayudó a poder cerrar el tema (motivo de consulta). Además, algo más que no me había dado cuenta de que lo tenía sin cerrar que fue el fallecimiento de mi padre, que eso me ayudó en la terapia, poderlo cerrar. (...)”

Nuevamente surgieron como elementos comunes el **Desahogarse y entender**, surgiendo además **Creecer**, como aspectos valorados de la psicoterapia.

Síntomas al inicio del tratamiento y necesidad de cambio

La existencia de síntomas a los que se les atribuye una causa psicológica como motor para consultar es un hecho que atraviesa tanto la clínica privada como las prestaciones institucionales de psicoterapia. Todos los pacientes llegaron a la psicoterapia motivados por algún malestar; expresando además la necesidad de un cambio (Indicador 6 de la Teoría del cambio subjetivo, Krause, 2005 y Krause et al, 2006):

PM7: “(...) yo soy depresiva (...) tengo muchos problemas familiares que vengo arrastrando de hace muchos años”. (También relata problemas en el ámbito laboral)”. PM8: “(...) estaba con muchos problemas de pareja en ese momento y no, no los podíamos resolver. Y a su vez mi hija estaba muy mal también (...). Estaba muy depresiva, ¿no? Lloraba por todo (...) no podía estar bien con mi hija ni con mi pareja ni nada, nada no podía”. PV5: “Baja autoestima y justo estaba saliendo de una relación tóxica que tuve y me fue difícil (...)” PV6: “Justamente eso, los tics y eso”. PM2: “(...) Porque yo me sentía mal, sentía culpa por muchas cosas que pasaron, cosas que tal vez sí, yo estuve muy involucrada y otras que no pero capaz que yo no estuve tan atenta (...). Yo sentía que estaba cada vez más triste, como que muchas veces no tenía ganas de salir. Quería más bien estar en mi casa, y bueno... eso no estaba bueno (...) yo necesitaba poder salir adelante (...)”. PM10: “(...) creo que en realidad yo estaba somatizando toda la situación. (...). Me dijeron “baja”. Era como que por todos lados. Eran como llamados de atención permanente”. PM4: “(...) el de la mala relación con mi madre (...)”. PM1: “(...) muy cambiante, (...), estaba como muy bajón, (...) estaba muy mal. (...) muchos altibajos. (...) era angustiada todo, como que no quería nada (...)”. PV3: “(...) yo estaba desbordado porque el stress laboral... primero inició como stress laboral y después se transformó en depresión. (...). El pozo depresivo era bastante complicado. (...). Bastante irritable, si lo que más sentía era poca paciencia y estaba muy irritable sí”. PM9: “mucho depresión, muy angustiada, deprimida, muy deprimida. (...) y no sabía porque, angustiada... sin causa alguna (...) Me costaba hablar, no tenía mucha seguridad (...)”.

En los extractos de entrevista se observa que los pacientes vincularon los motivos que llevaron a consultar, con aspectos afectivos, conductuales y cognitivos generadores de malestar y que por tanto necesitaban modificar.

Además de los motivos que los llevaron a consultar, los pacientes también relataron otras preocupaciones o malestares que tenían al momento de iniciar la psicoterapia, los que se irán desarrollando a lo largo del análisis.

Cambios a partir de la psicoterapia

En cuanto a los cambios ocurridos en los pacientes a partir de la psicoterapia, Se destacan:

- Todos los pacientes realizaron valoraciones positivas de los cambios ocurridos en ellos producto de la psicoterapia. Se incluyen algunos extractos de entrevista:

PV5: (demora un poquito en responder) “Sí, sí yo creo que exponenciales (...) Eh... Me bajó tres... o sea, yo estaba en quinta y bajé a primera así de una en poco tiempo. (...). Yo estaba muy acelerado, pensaba en todo, preocupándome por todo y por todos menos por mí y... fue, en eso fue radical el cambio que vi y que me mejoró (...)”. PM1: “Como te digo, en muchas cosas me hizo crecer, cerrar, entender”. PM8: “Bueno, en realidad no estaba bien en nada, nada estaba en su lugar. (...) estaba todo desordenado. Entonces hasta que no me ordené y empecé a pensar no pude. (...) y con la terapia pude”. PV3: “(...) pasó todo lo contrario de estar irritable, o sea, ni siquiera tuve necesidad de tomar más el ansiolítico tampoco o sea... eso fue bastante (...) que pudiera regularme yo solo sin necesidad de medicación”. PM8: “(...) Primero me organicé emocionalmente, a ver bien para dónde quería ir. (...) y ahí empecé a pensar. Cuando empecé a pensar empecé a estudiar, empecé a ... cambié de trabajo. O sea, mejoré”. PV6: “Si, aprendí a tener cierta confianza, cierto oído, cierta labia también a raíz de eso, con la gente más comprensiva. (...). Capaz, que como tengo la mente más madura, más perseverante...”. PM2: “(...) me sirvieron para aprender a planificar más mi vida (...) ordenar mejor mi vida (...)”. PM10: “Si...básicamente ya te digo buscar espacios y cosas que me gusten a mí, que no lo hacía hace muchísimo, siempre viví pensando en que necesitan (los demás, nombra) (...) aprender a delegar, (...) he bajado mucho la pelota (...) después en lo personal (menciona cambios en relación con sus hijos y su familia de origen) (...)”. PM9: “(...) Hoy estoy, no te digo que sea re independiente, igual tuve que madurar en estos meses (por fallecimiento del padre) (...). Gracias a la psicóloga creo que tomé la decisión un día de decirle (acerca de la decisión de separarse de su pareja) (...) esa decisión (...) creo que fue en base a la terapia (...) me dio la fuerza o la seguridad de plantearlo a él eso. Y en mi trabajo lo mismo porque yo en mi trabajo como que mucha cosa no estaba muy de acuerdo, me pasaban por encima entonces como que pude poner los puntos o empecé a hablar o a decir lo que me pasaba que no lo hacía”. PM1: “Sí, muchos. (...) Me ayudó mucho con la relación con mi madre, por ejemplo. En mi trabajo. Con mi pareja (...) o en el crecer yo personalmente me parece que me sirvió una cantidad”. PM7: “Si y mejoré (...) pedir ayuda y no cerrarse y cerrarse”. Y como que eso lo

aprendí, que no tengo que tener vergüenza de contarle lo mal que me siento, lo mal que me está pasando”.

Los cambios relatados involucraron diversas áreas de la vida (trabajo, familia, relaciones sociales, aspectos internos, etc.). Refirieron tanto a dimensiones intrasubjetivas “*pensar*” “*ordenarme*”, “*bajar la pelota*” “*me organicé emocionalmente*”, como a cambios intersubjetivos “*contar*”, “*decir lo que me pasaba*”, “*estudiar*”.

Todos los cambios se fueron nombrando al mismo tiempo que vinculando con aspectos afectivos, conductuales y cognitivos involucrados en éstos (ejs. “*me organicé emocionalmente...empecé a pensar... cambié de trabajo*”, “*Madurar... (decisión de separarse)... seguridad para decirle*”).

Cambios en los motivos que llevaron a consultar

En general, los entrevistados manifestaron cambios en los mismos aspectos que habían mencionado al inicio de la entrevista como los motivos que los llevaron a consultar (se ilustra en los extractos de entrevista expuestos); lo que resulta de importancia porque implica que se pudo abordar aquello que el sujeto padecía.

Cambios en otras áreas de la vida

Los usuarios relataron haber vivido cambios en aspectos de su vida que no fueron específicamente los que los llevaron a consultar (muchos de estos aspectos refieren vivencias que se describen y analizan en las subcategorías *Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al inicio y al finalizar la psicoterapia*; así como en la *Discusión*):

PV5: “(...) O sea, descubrí otros temitas que realmente yo tenía evidentemente o posibles cosas que podía haber (en mi infancia más que nada) que podían haberme detonado en un problema principal que era la baja autoestima (risa) y si, cambió muchísimo. (...)”. *PV6: “(...) el tema de mis relaciones (...) encontré otras respuestas también”.* *PM2: “(...) En la relación de pareja, por ejemplo. (...) nos llevábamos bien pero no había comunicación (...) fui a consultar por otro montón de cosas y una mochila enorme que llevaba en la espalda que no podía más, pero me ayudó para eso también (...)”.* *PM10: “(...) yo me noto diferente en algunas cosas (...) yo considero que mi autoestima estaba bastante por el piso en ese momento y ahora como que me valoro de otra manera. (...). Como que empezó a dejar de importarme lo que piensan los demás y aceptar y decir yo soy así, así pienso, y así lo resuelvo y si no le gusta bueno... esas cosas me parece que cambiaron bastante”.* *PM4: “(...) me empezó a importar un poco menos lo que pensara el otro (...)”.* *PM1: “(...) me parece que crecí una cantidad y yo misma me di cuenta de cosas más y como que yo podía o que no tenía por qué esperar algo de alguien o a crecer y madurar en el sentido, en el tema laboral. (...) Porque tenía que me parece que entender o cerrar muchas cosas (...) me ayudara en ese sentido, de entender muchas cosas”.* *PV3: “(...) yo pude tomarme el trabajo de otra manera. (...) (Duelo por fallecimiento del padre) Lo tenía presente pero*

no tanto como lo noté en la terapia que todavía se veía como que seguía sin cerrar el tema, que es lo que entendí en la terapia (...) mi papá falleció en 2006”.

Mantenimiento de los cambios

Los entrevistados relataron que los cambios se han mantenido en el tiempo y expresaron la mantención de estos cambios como algo valorado por ellos.

Asimismo, algunos pacientes mencionaron la existencia de áreas de su vida en las que ha habido *altibajos* en relación con la mantención de los cambios, perdiéndose algunos de los logros obtenidos:

PM2: “Los cambios que tuve a partir de la terapia, esos sí se han mantenido, se mantienen, pero siempre tiene sus altibajos (...) últimamente estoy otra vez como queriendo decaer un poco. (...)”. PM10: “Sí, algunos sí, otros a veces estaban a punto de desbordarme un poquito sí. (...)”. PM7: “(...) se han perdido algunas cosas sí, pero no del todo...”. PM4: “Y algunas cosas las he perdido, de repente cuando hacía la terapia o las recomendaciones o los consejos que me daba trataba de aplicarlos (...)”. PV5: “(...) En algún momento es obvio que tenés alguna recaída ahí pero que no es unos... cinco pasos atrás si no que es medio pasito para atrás. (...)”.

Áreas de no cambio “varias cosas me quedaron pendientes”

Ningún entrevistado refiere resultados negativos en la terapia.

Algunos entrevistados reconocieron la existencia de áreas de su vida en las que no hubo cambios, lo que vincularon con la duración de la psicoterapia, refiriendo a la *falta de tiempo* para abordar aspectos que resultaban menos urgentes que aquellos que los llevaron a consultar, mencionando que si el proceso hubiera continuado, los cambios en su vida hubieran sido mayores. Las referencias al tiempo de duración de la psicoterapia aparecieron reiteradamente a lo largo de las entrevistas. Este aspecto se analiza con mayor profundidad en el la *Dimensión Vivencias sobre la duración de la terapia*, así como en la *Discusión*:

PM7: “No, no... No hubo más tiempo de terapia, pero resultados sí. (...) es un proceso interno (...)” PM10: “(...) otros en realidad me quedaron pendientes, varias cosas me quedaron pendientes. Más que nada el tema de la relación con el padre de mis hijos (...)”. PM7: “Si y si la hubiese seguido hubiese tenido más”. PV5: “Sí, yo creo que sí. (...) O sea, es... sí, sí me ayudó un montón. Igual me hubiera gustado que siguiera mucho más (...)”.

5.3.1.3. Subcategoría: Cambios en las vivencias de los problemas

Los cambios relatados por los pacientes, permiten observar la presencia de diversos indicadores de la teoría del cambio genérico de Krause (2005):

- **Indicador 5:** Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (implica también reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas).

PM7: “Si, hasta... algunas cosas las puedo relativizar más, que ya veo que no son tan importantes. (...)”; PM2: “Yo ahora (...) soy más humilde porque anteriormente como que yo siempre creía que yo podía, que yo hacía (...) ahora sé que tengo que contar con otras personas que no puedo estar sola en la vida o sola hacer todo”. PM8: “Y al final me miré al espejo (...) yo cada vez que yo tengo algún problema, bajón emocional ataco siempre para ese lado. (...) y me cuesta mirarme en el espejo, me cuesta aceptarme pienso que está todo mal por ahí. Cuando me pongo a pensar digo “no, seguramente tengo otros problemas que no, que busco escape por acá”. (...)”.

- **Indicador 7:** Reconocimiento de la propia participación en los problemas.

PV5: “(...) es que yo pienso todo, pienso, pienso entonces ahora es como que sé cuándo decir basta. (...) una semillita (...)”. PM10: “(...) me desconocía a mí misma (...) me lo hicieron ver otras personas que estaban conmigo que sí que estaba siempre a la defensiva, siempre estaba atacando, me irritaba por cualquier cosa. (...)”.

- **Indicador 12:** Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.

PV5: “(...) tal vez yo, no tenía tantos problemas como creía o a los que yo les dedicaba tanta energía mental (...) pensamientos (...) que no eran productivos que no me ayudaban, me doy cuenta que son producto de (explica su nueva manera de entender sus sus pensamientos) (...) y me generó un poquito de egoísmo capaz, un egoísmo en el sentido de ser un poco más para mí (...)”

Estos cambios tienen que ver con la percepción de sí mismo y de sus relaciones personales y sociales (aspectos intersubjetivos e intrasubjetivos de la vivencia).

Poder pensar de otra forma (componente cognitivo)

Los pacientes destacaron que a partir de la terapia pudieron tener una visión diferente de sus problemas, enfatizando en que a partir de ésta lograron pensar, reflexionar y analizar diferentes aspectos de su vida, tratándose esto de un cambio cognitivo que produjo modificaciones conductuales y afectivas. Destacaron además este cambio como componente importante que les permitió transitar por las situaciones de otra manera, estableciendo una relación entre analizar las cosas y vivirlas de otra forma:

PM2: "(...) muchas veces me he tenido que parar y pensar. (...) qué es lo que quiero hacer, hasta dónde puedo (...) o hasta dónde quiero llegar. Me pongo metas. (...) más pensante como que analizo más las cosas". PM8: "(...) puedo como analizar las cosas de otra forma, puedo pensarlas de otra forma. (...)". PM10: "Creo que estoy priorizando otras cosas (cuenta). (...) me estoy tomando las cosas de otra forma". PV5: "(...). Pero estoy más, bajé revoluciones. (...) pero me tomo todo más de otra forma sí". PM8: "Y en principio estar más segura de mí misma, de lo que quiero. (...) tomar decisiones, una vez que las tomo ta, voy para ahí". PM1: "(...) Me parece que lo puedo manejar más. (...) como que trato de enfocar en otra cosa para no estar mal también". PM10: "Si...a ser mí misma, tenía bastante desvalorizada mí persona. Y en realidad he cambiado bastante mí forma de pensar...". PM1:" (...) como que cambió un poco mí cabeza". PV3: "(...) me hizo pensar". PM8: "(...) ahora (...) Puedo pensar de otra forma, puedo discernir mejor, no sé cómo explicarlo". PV5: "(...) (...) me parece que yo, en ese momento como que crecí, lo entendí, lo maduré como que lo sigo sosteniendo".

Asimismo, muchos destacaron que a partir de la terapia **lograron cuidarse (aspecto comportamental)** en el sentido de no estar siempre disponible para los demás, al mismo tiempo que no exponerse a situaciones que los dañen:

PM10: "(...) ahora después de la terapia he tratado, no de no estar muy pendiente de los demás (...) he tratado capaz que por un tema de salvaguardarme un poco a veces de mantenerme un poquito más al margen. (...)". PM8: "mmm yo, lo que pasa que era medio kamikaze entonces yo lo que hago ahora es cuidarme (...) Lo que yo aprendí fue a cuidarme un poco más y a ser un poco más cuidadosa y observadora y después...". PV6: "(...) había veces que solía entrometer mucho en la cotidiana y en la cotidianidad de otra gente y como eso me afectaba a mí; como que me tomaba muy personal cosas que no tienen que ver conmigo. Y creo que a raíz de eso dejaron de ser tan personales (...) Me siento más liberado".

"Sacarme todo ese peso" (componente afectivo)

Bernardi (2018), afirma que existen experiencias humanas que necesitan de las metáforas para ser transmitidas. En este sentido, "la esencia de la metáfora es experimentar y entender un tipo de cosa en términos de otra" (Lakoff y Johnson, 1989, p.41), seleccionando un hecho que da sentido a otro, haciéndolo comprensible. Interesa subrayar entonces las expresiones que describen a los problemas, angustias y malestares en términos de peso, mochila, carga, al mismo tiempo que metaforizan a la posibilidad de hablar y pensar sobre eso en términos de sacarse ese peso, alivianar la mochila, etc.; configurándose entonces la psicoterapia como una experiencia de alivio del sufrimiento:

PV5: "Sí, sí. Tuve... no sé si llamarle crisis (...) como que tenía un montón de peso en cima, kilos y kilos y quería quedarme durmiendo o estando ahí simplemente y dije "mmm, ¿esto no es raro?, se siente raro (...) (...) nunca pensé que en tan poco tiempo yo pudiera sacarme todo ese peso que tenía, aunque a veces vuelven las cosas (...) esas cosas están ahí uno las recuerda, pero ya de otra forma". PM10: "(...) en realidad

como que en ese momento quise borrar una etapa y arrancar de cero para otro lado. Que después lo seguí cargando y es peor (...). Y nunca consulte y después te das cuenta de que llevas esa mochila que se hace cada vez más pesada pero bueno, ta...". PM2: "(...) una mochila enorme que llevaba en la espalda que no podía más, pero me ayudó para eso también". PV6: "Cada vez que yo acumulaba cosas y que circulaban cosas que me habían pasado antes y como soltar un poco... o sea, dejar una parte de la mochila era abundante (...)". PM2: "(...) nunca pensé que en tan poco tiempo yo pudiera sacarme todo ese peso que tenía (...)".

5.3.1.4. Subcategoría: Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al inicio de la psicoterapia

Los entrevistados manifestaron que al inicio del tratamiento tenían dificultades en las diferentes áreas que se indagaron:

Autoimagen: "No podía mirarme al espejo"

En relación con la **Autoimagen**, la metáfora "No podía mirarme al espejo" sintetiza la vivencia de la relación del sujeto con sí mismo y su imagen percibida al inicio de la psicoterapia:

PM7: "(...) mi imagen había como que desaparecido...tenía tan baja la autoestima que me sentía como que no me merecía nada, no me merecía que me pasara nada bueno". PM8: "No me podía mirar al espejo". PV6: "Creo que era una imagen de desconfianza, una imagen de dudas, de cómo arranco, cómo hago esto (...)". PM1: "(...) sí sentía que no estaba bien, que no era yo L (...) no me sentía bien de nada. (...) no tenía ganas de nada. (...) no estaba bien con nada ni con nadie". PM9: "(...) en realidad me considero una persona muy insegura y fui muy dependiente, pero creo que en su momento mucho más (...)". PM4: "Y de repente un poco más insegura y ahora un poco más segura de mí misma ¿no? a partir, después de eso... sí, eso". PV5: "Muy mala, sí. Estaba totalmente cegado, sí". PM1: "(...) en su momento y con todos los cambios y las cosas que me enteré y todo era como que estaba media perdida (...)".

Como es notorio, los pacientes hacían hincapié en la presencia de una imagen de sí deteriorada, negativa, distorsionada: no poder mirarse al espejo y desconocerse, como vivencias que se repiten y que remiten a sensaciones de incompetencia e imposibilidad.

Relaciones íntimas caóticas: "No estaba bien con nadie"

En cuanto a las relaciones de intimidad (relaciones cercanas de amistades, familiares y/o de pareja), la expresión "No estaba muy bien con nadie" fue muy representativa en cuanto a las vivencias de los pacientes sobre estas relaciones al inicio de la psicoterapia:

PM8: “Y eran caos. (...) Bueno con mi pareja estaba muy mal, con mi familia estaba alejada, con mi familia de origen (...)”. PV5: “Irrascibles, (...) “infumable”. (...) no podía ser que estuvieran todos equivocados y ser yo el que estaba bien. Evidentemente estaba yo mal (...) me fastidiaba rápido (...)”. PV6: “De pareja, yo estaba con una chica en ese momento y había cosas que sentía como que me estaban abrumando en cuanto a ella y que me costaba sobrellevarlas (...) me las guardaba mucho (...)”. PM10: “(...) con mis hijos creo que fueron los que más sufrieron mis cambios emocionales (...)”. PV3: “Por la forma que yo estaba, que estaba bastante irritable con poca paciencia (...) realmente necesitaba hacer el tratamiento”. PM9: “(...) un novio (...) Muy desgastada, con problemas (...) estábamos en idas y venidas, y bueno como que no estaba bien (...)”. PM1: “(...) no estaba muy bien con nadie (...)”. PM2: “No estaban como muy bien, porque yo siempre estaba como nerviosa, siempre estaba mal porque (...) me ponía mal y entonces no estaba muy bien. (...)”.

Puede verse aquí la presencia de relaciones de intimidad que los pacientes describieron como *malas* y que ellos relacionaron con cómo se sentían al inicio del tratamiento, es decir que éstas, según ellos, eran consecuencia de su estado emocional.

Aislamiento en las relaciones sociales: “Empiezan como a dejarte de lado”

En este aspecto apareció con mucha fuerza la sensación de aislamiento o de alejamiento, como consecuencias de no sentirse bien:

PM8: “Estaba muy alejada de todo el mundo, tengo mi amiga que es de toda la vida pero también me alejé mucho” (...) “Lo único que mantuve fue el trabajo”. PM10: “Bueno en realidad es que eso hizo que yo estuviera como media alejada de las relaciones. (...). Entonces como que me había aislado un poco...”. PV3: “(...) roces con los jefes sí (...)”. PM1: “(...) No era mala por ellos, si no por mí. (...) no era... como soy ahora, por ejemplo. (...)”. PM2: “Yo estaba totalmente aparte, lo que sí hacía era atomizar por teléfono (...) hablaba todo el tiempo de lo mismo. Entonces como que la gente ya (...) empiezan como a dejarte de lado (...)”.

Funcionamiento cotidiano sin lugar para el disfrute: “Siempre estaba mal”

Las sensaciones de aislamiento y de alejamiento surgieron también en relación con las actividades de disfrute, remarcándose lo rutinario del día a día y la sensación de falta de tiempo:

PM8: “Fuera del trabajo (...) Después lo otro estaba muy mal”. PV5: “Sí, siempre sentía que no tenía tiempo y después empecé a rever y a encauzar mejor mis energías en determinadas cosas y no en otras y como que empecé a organizarme un poquito más”. PM2: “Y bueno, yo estaba trabajando y estudiando y no tenía mucho tiempo para estar en mi casa. Pero estaba en el trabajo y quería estar en mi casa. (...). Estaba en un lado y quería estar en el otro (...). Quería salir a hacer mis cosas, pero como que me... había algo que no me permitía (...) siempre estaba nerviosa y siempre estaba mal”. PM10: “(...) Honestamente creo que después empecé, después de casi te diría que de los 4 o 5 meses de tratamiento empecé a buscar espacios y tiempos

para disfrutar (...) creo que la misma terapia me ayudo a decir, olvídate un poco que todo el tiempo sos madre, jefa, hermana, hace algo... básicamente la terapia me ayudó a buscar esas cosas". PV3: "(...) Tuve mucho tiempo que reconozco que estaba mal humorado (...), irritable (...)". PM1: "(...) Muy rutinario. Creo en eso me mató mucho mi vida, o sea, mi vida con mi pareja... (...) era todo como muy aburrido. (...) En ese momento como que sí, lo llevaba (...) ahora cuando miro para atrás... era horrible, tenía una vida como 'de vieja' (...)". PV3: "(...) Lo que pasa es que hubo un momento en que solamente hablaba del trabajo y solo me preocupaba mi problema. Y eso me absorbió mucho". PM4: "Si, de repente antes no me daba tanto tiempo para mí y a partir de eso empecé a trabajar con más compañeros también a salir un poquito más, a pensar un poquito más en mí (...) y a veces también te tenés que dar lugar para una".

En las diferentes dimensiones descritas, los pacientes relacionaron la forma de sentirse al inicio de la terapia, con la forma de actuar (lo afectivo con lo comportamental); estableciendo una clara relación entre estos aspectos.

5.3.1.5. Subcategoría: Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al finalizar la psicoterapia

Los entrevistados relataron cambios en las diferentes áreas de la vida a partir de la realización de la psicoterapia:

Cambios en la autoimagen: "mirarte al espejo y decir: soy esto y puedo esto"

En cuanto a la autoimagen; siguiendo la metáfora utilizada por un paciente al referirse a su imagen de sí al inicio del tratamiento ("No podía mirarme al espejo"), al indagarla en la finalización surgió otra que da cuenta de las transformaciones: "mirarte al espejo y decir: soy esto y puedo esto". Fueron muy enfáticas las verbalizaciones de los entrevistados a los cambios vivenciados en relación con esta área:

PM9: "(...) me ayudó (...) a ser más segura de mí. (...) hoy siento que me siento más segura de quién soy, antes no, antes de la terapia no". PM9: "(...) valorarme un poquito más, quizás. Mirarte al espejo y decir "soy esto y puedo con esto". Yo al principio no podía". PM7: "Me ayudó que yo pensé ¿porque no vine 20 años antes acá? qué distinto hubiera sido (...) creo que me ayudó no se... a asumirme a mí misma". PV6: "Sí, sí. Creo que salí con más confianza de mí.... (...) yo terminaba y es como que salía con otra cabeza, como una sensación muy extraña, pero era linda (...) Es como la liberación (...)". PM4: "(...) Me siento más segura". PM1: "Mejor, me siento mejor conmigo misma, me parece que crecí una cantidad y como que me di cuenta de que yo podía o a lo mejor no tenía por qué depender de alguien o lo que sea... y como que podía (...) siento que crecí mucho en muchos aspectos, con mucha gente, mis vínculos, todo mí alrededor. (...)". PM9: "Si por mucho, para mí es mucho (...) porque hoy puedo decir "Soy A. B. puedo con esto sé que me va a costar, pero no es difícil" como que me siento más segura (...)". PM10: "(...) Empecé a aceptarme más como soy y a no importarme tanto a si los demás están conforme a como actuó o no (...) Así soy y ya está".

Las expresiones de los pacientes en relación con los cambios en su autoimagen, permiten observar la *Aparición de sentimientos de competencia* (**Indicador 10** de la Teoría del Cambio Subjetivo, Krause, 2005 y Krause et al. 2006. *Ejs:* “soy esto y puedo con esto”, “Empecé a aceptarme más como soy”). Según las investigaciones realizadas por Krause et al. (2006), estos sentimientos le dan al consultante la sensación de tener una evolución más autónoma, produciendo cambios positivos en la autoimagen y fortaleciendo la autoestima.

Otros indicadores del cambio que se observan en esta dimensión son: (**Ind. 8**) Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo (*ejs:* “(...). Ahora no, ahora a partir de la terapia yo puedo discutir con una persona (...) yo ahora estoy feliz y contenta de poder decir...”). (**Ind. 9**) Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva (*ejs:* “una sensación muy extraña pero linda (...) como la liberación”, “Me di cuenta que yo (...) no tenía por qué depender de alguien”) y (**Ind. 13**) Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo (*ejs:* “valorarme un poquito más (...)”, “salí con más confianza de mí”) (Krause, 2005 y Krause et al., 2006).

Cambios en las relaciones de intimidad: “Disfuro todo de otra manera”

Todos los pacientes relataron haber vivido cambios en esta área. Las características de estos cambios fueron variables de acuerdo con las particularidades de cada entrevistado, algunos relataron mayor fortaleza para poner límites; otros remarcaron la posibilidad de aceptar a los demás sin confrontaciones, y otros refirieron a mayor apertura a las relaciones cercanas, menos preocupaciones, etc.:

PM7: “(...) yo mientras estuve casada como que estaba tan cerrada en mí misma (...) siento que me he abierto (...)”. *PM8:* “Bueno, he puesto algunos límites. (...) algunos límites sobre todo con mi madre. Bueno, me llevo bien con mis hermanos, tengo más amigos, tengo una amiga que es del alma, pero tengo otras relaciones. Me relaciono con otras personas, la paso bien. No estoy pensando todo el tiempo que en algún momento me van a lastimar o me van a cagar (...) La relación con mi pareja ha mejorado, tenemos nuestros altos y bajos, pero ha mejorado”. *PM2:* “Si, son mejores, yo creo que ahora como no estoy con esas preocupaciones y esas cosas que tenía... fue, mi vida fue un antes y un después de lo que pasó (...)”. *PM1:* “(...) con mi madre que (...) somos muy distintas y peleamos y chocamos una cantidad. Ahora como que yo la empecé a entender y como que (...) la acepté como es (...) ahora nos llevamos mejor. (...) ahora me llevo como que mejor con todos. Con mis amigos, todo, disfruto todo de otra manera, como que comparto más cosas (...) como que antes estaba más de atrás y más pendiente y todo y me hacía mal o me angustiaba (...) sé que la gente que de verdad está (...)”. *PV5:* “No es que lo vea como superado, pero ya sé cómo llevarlo y o sea... no, no le doy margen a conflicto o a quemarme la cabeza (...)”.

En los extractos se puede ver cómo los cambios en aspectos internos permitieron mejorar las relaciones cercanas.

Importa destacar que los entrevistados establecieron espontáneamente una relación entre el pensar y modificar aspectos de sí y los cambios en los vínculos cercanos (cambios intrasubjetivos que generan cambios intersubjetivos):

PV3: “(...) se vio complicado con ese proceso y después ya volvió todo a como siempre. Como siempre o tal vez mejor (...)”. PM9: “Bueno al tomar la decisión de romper, al tomar la decisión de ese planteamiento que me ayudó la terapia a poder hacerlo me hizo sentir mejor (...)”. PM10: “Sí, porque cambiar con uno mismo, cambias un poco también tu relación con los demás. Si te sentís bien contigo mismo...mucho mejor con el resto”. PV6: “Es una relación más de confianza (...)”. PV6: “Si una cuestión de que pienso más en como yo me siento y no tanto en complacer tanto a la otra persona y terminaba siendo un sumiso. En ese sentido, entonces es como que veo más sobre mí, pero pienso en si eso me hace bien a mí y en consecuencia le va a hacer bien a la otra persona. Primero yo (...)”. PM7: “(...) Creo que hay muchas cosas en el tema de la pareja que ya no le doy tanta vuelta, que ya no le doy tantas vueltas...” PV6: “(...) si bien al tiempo terminé con esta chica, pero... la terapia me ayudó con eso, en mi recuperación y en cómo afrontar después. (...). Entonces, todas esas cosas fueron ayudando para el después más que para el momento”.

Cambios en las relaciones sociales: “Me vinculo con la gente de forma distinta”

En cuanto a las relaciones sociales, antes de comenzar la psicoterapia aparecía con mucha fuerza la sensación de aislamiento en los entrevistados. En este sentido, cuando se preguntó acerca de éstas una vez finalizada la psicoterapia, apareció la vivencia de haberse abierto a nuevos vínculos, acompañada por cambios en la imagen que transmitían a los demás:

PM1: “(...) Tengo como una vida social mejor o como más fluida (...) me cerraba mucho a mí y a mi casa. (...)”. PM9: “(...) hoy me puedo... puedo darme con más gente. Antes era como más introvertida capaz y ahora no (...)”. PM9: “ahora estoy más segura para querer conocer gente y tratar gente y amigas y amigos”. PV5: “(...) después del tratamiento o durante el tratamiento empecé a poner más fichitas así en ellos (amigos) y no tanto en otras cosas”. PM8: “(...) He aprendido... (...) pensar antes de hablar, si bien decir lo que pienso, pero pensar antes de hablar y fijarme cómo lo hablo (...)”. PM10: “Yo he cambiado ahora también por círculos que eso creo que me ha ayudado un poco también el tema de terapia, a buscar otras relaciones que no sean siempre del ámbito laboral. (...).no es siempre la misma monotonía de hablar siempre de las mismas cosas...”. PV3: “(...) En el trabajo y la forma de relacionarme yo creo que sí, que ha cambiado bastante”.

Por otra parte, los entrevistados hicieron hincapié en la posibilidad de decir lo que pensaban y vincularse con más seguridad en sí mismos y con más libertad en el contexto de sus relaciones interpersonales, lo que se vincula directamente con el

cambio en la autoimagen como puntapié para modificaciones en las relaciones sociales:

PV5: “(...) radicalmente cambiaron la forma en la que los demás me veían. Eso fue... lo que más me di cuenta. Con el tiempo me di cuenta de que era yo, realmente yo el que estaba cruzadísimo y no los demás (...)”. PM9: “(...) O quizás puedo decir las cosas más de frente que antes no las decía, me las callaba y eso creo que me ayudó mucho la terapia”. PV6: “(...) no tanto ser sumiso en relaciones con amigos (...). Un poquito más equitativo. (...) dentro de los problemas básicos de la familia y tengo menos miedo de decir ciertas cosas (...) de decir cosas que me pasan. (...)” PM4: “(...) siendo igual explosiva como era antes y si tengo igual que decirle lo que pienso igual se lo digo pero de repente de otra manera”. PM8: “Me vinculo con la gente de forma distinta, porque antes me costaba mucho poder decir lo que yo pensaba y si lo decía lo decía mal o me lo guardaba todo, ahora puedo como decirlo. Capaz no te lo digo en el momento, pero te lo digo en algún momento”. PM2: “(...) para mí cuando yo terminé la terapia como que ya mi autoestima era diferente. Porque yo me sentía muy disminuida (...). Ahora no, ahora a partir de la terapia yo puedo discutir con una persona (...) puedo intercambiar opiniones y decir no, a mí esto me parece que no es así. (...) yo ahora estoy feliz y contenta de poder decir...”. PM7: “Estoy tratando de (...) animarme a intervenir (...) en las conversaciones (...)”.

Cambios en el funcionamiento cotidiano: “Ahora estoy más calmo y trato de hacer más en calidad que en cantidad”

Todos los pacientes expresaron cambios en el sentido de poder hacer cosas que antes del tratamiento no habían logrado:

PV6: “(...) Con la terapia fue cuando me di cuenta que mi lugar actualmente está en hacer teatro y no tanto en realizar (carrera universitaria) u otra cosa. Eso es producto de cómo me ayudó a mí la terapia a darme cuenta (...)”. PM8: “(...) primero pude estudiar que era una de las cosas que estaba muy trancada porque no podía pensar, menos estudiar. (...). Estoy muy contenta con eso (...)”.

Además, destacaron haber logrado habitar de una forma diferente sus rutinas y encontrar espacios para sí en éstas, priorizando la realización de actividades que les producían placer, adquiriendo mayor capacidad de disfrute:

PV5: “(...) antes tenía el tema de que quería estar siempre haciendo algo y quería estar activo, pensando en qué hacer... como que ahora estoy más calmo y trato de hacerlo más en calidad que en cantidad capaz (...)”. PM10: “(...) el hecho de ahora darme el espacio (...). Ya no es llegar y no sentarme, tener que hacer todo (...) y me tiro en el sillón, eso cambió (...). Antes no me acuerdo de haberme sentado a ver en mucho tiempo una película tranquila y decir... pensando que tenía que hacer otra cosa y ahora disfruto. (...)”. PM4: “(...) me doy un poco más de tiempo para mí sí (...) el pensar un poquito en mí (...)”. PM1: “Si, si hubo un cambio. Ahora, por ejemplo, hago ejercicio o trato de hacer algo o con un amigo o algo, voy y vengo. Sí, como que no me quedo tan (...) como antes”. PM9: “(...) el salir más. Salir a hacer mandados o hacer compras (...) No me ven llorando tanto como antes que lloraba (...). Me ven más yo, antes era como...no sé si pasaba más desapercibida pero no me preguntaban ni por

mí (...) me había abandonado mucho y ese fue un cambio que se notó (...) el miedo a conocer a otra persona, (...) ahora capaz que siento que puedo, que es posible...”.

En los extractos de entrevista presentes, es posible observar nuevas referencias que remiten a la presencia de indicadores genéricos del cambio ya mencionados con anterioridad. Asimismo, surgen nuevos indicadores de mayor jerarquía y más abarcativos: Establecimiento de nuevas relaciones entre: aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) aspectos propios y elementos biográficos (**Ind. 11**); Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas (**Ind. 14**); Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía (**Ind. 15**); Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico (**Ind. 16**) y Reconocimiento de la ayuda recibida (**Ind. 17**) (Krause, 2005 y Krause et al., 2006).

5.3.2. Categoría central: Vínculo terapéutico y cambios

Esta categoría se compone de las siguientes subcategorías y dimensiones:

Vínculo terapéutico y cambios	
Subcategorías	Dimensiones
<i>El vínculo con el terapeuta como motor del cambio</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Confianza en el terapeuta❖ Comodidad y empatía
<i>Las particularidades del vínculo terapéutico</i>	<ul style="list-style-type: none">❖ Poder hablar y sentirse escuchado❖ Dar herramientas y posibilitar la autocomprensión❖ Competencia del terapeuta

Durante todo el análisis de las entrevistas surgió con insistencia e importancia para los pacientes, la relación con su terapeuta como factor que incidió en los cambios, siendo dicho vínculo el factor que surgió con más fuerza en relación con el proceso terapéutico y los cambios ocurridos.

Interesa destacar que las referencias a este aspecto surgen a lo largo de las entrevistas, en muchos casos antes de preguntar específicamente por el vínculo con el terapeuta, lo que permite valorar su importancia en el proceso terapéutico. Ya desde el inicio de la entrevista, cuando se pidió a los entrevistados que comenten sus impresiones espontáneas, ellos refirieron a dicho vínculo; surgiendo además, alusiones a este aspecto a lo largo de las entrevistas, durante la realización de preguntas vinculadas con diferentes aspectos de la psicoterapia (no referidas específicamente al tema). Se trata entonces de una categoría que surge del material de análisis (*categoría emergente*) por la fuerza y la insistencia con la que éste aspecto aparece, sin desconocer que se trata de un componente ampliamente reconocido por la literatura, como factor de incidencia preponderante en el cambio. En este sentido, los resultados de la presente investigación confirman resultados anteriores.

5.3.2.1. Subcategoría: El vínculo con el terapeuta como motor del cambio

En la presente investigación, los pacientes refirieron al vínculo establecido como posibilitador para el trabajo:

Confianza en el terapeuta

PM8: “(...). Yo siempre confié en eso, en la terapia psicológica (...) vos sabes que le podés decir a esa persona lo que se te ocurra a la mente que no te va a juzgar (...) si vos le tenés confianza al terapeuta vos podés abrirte y poner tus pensamientos más macabros (...) porque vos generalmente tendés a reprimir lo que sentís (...)”. PM8: “Yo me sentí muy bien (...) Plena confianza (...)”. PV5: “(...) a mí lo que más me motivaba y me ataba era el resultado que me daba y muy buena confianza (...) creo yo. Pero me transmitió tanto profesionalismo que no me dio miedo de nada. Largué todo”. PM2: “además la persona, la terapeuta digamos, que estuvo a cargo de todo eso supo hacer las cosas bien (...) porque realmente yo me sentí mucho mejor (...) fue una relación de mucho respeto (...) había confianza, había respeto y eso está bueno”. PM9: “(...) me sentía confiable”. PV6: “Mh yo creo que sentía que iba a ser como extraño porque estuve un tiempo que me costaba (...) soltarme con la gente y como nunca había hecho terapia psicológica en mi vida, era como que pensé que me iba a costar, pero (...) no me costó nada. Yo adquirí cierta confianza al inicio, o sea, con pocas sesiones y se notaba, se iba notando. (...) Sí obvio, yo arranqué la terapia, las terapias hablando muy correctamente creo, y terminé siendo yo, siendo muy yo. (...)”.

Comodidad y empatía

PM4: “Súper bien, súper cómoda. Sí, sí desde el principio. (...) Aparte yo sentía como que ella me entendía (...).PV3: “Me sentí muy cómodo con la terapeuta que me tocó. (...) La verdad que bien, cómodo, sinceramente sí. Pude, podía hablar perfectamente. (...)”. PM9: “Muy agradable, me sentía cómoda (...)”. PM1: “(...) La verdad que la psicóloga con la que iba me, era agradable (...) a mí me sirvió pila (...) Me parece que va por eso, en cómo te sientas con la persona”. PM7: “(...) ¿Sabes que me hizo sentir la psicóloga? Creamos un vínculo como que ya me sentía con ella como contenida (...) Me sentí bien porque al haber logrado esa empatía con esta mujer me sentí bien. (...) Para empezar, me parecía bárbaro porque yo ya cuando empecé la terapia, antes de empezar había pedido si por favor si (...) (solicitó que sea mujer y de su edad). Y esta señora con la que estuve me pareció bárbara, me encantaba siempre lo positiva que estaba con todo (...)”. PV6: “Cómico, me gustaba (...). Era un hombre bastante tranquilo”. PV5: “Hubo una, no sé cómo explicarlo... hubo un buen feedback por parte de los dos en todo momento y yo siempre fui muy presto de entregar todo (...). Entonces creo que eso me ayudó mucho (...)”. PM2: “(...) pienso primero que era la profesional adecuada (...) porque me sabía escuchar, sabía buscar la vuelta como llegar a mí, porque yo no soy... ahora capaz que más, pero yo no era tan abierta o de contar bien mis cosas o de... me cuesta hablar, explicar de repente. Y bueno, ella sabía cómo llegarme. (...) y sí siento que fue gracias a ella”. PM7: “(...) logré una gran empatía con la psicóloga (...) al tener tan buen vínculo me permitió abrirme en cosas que no podía sino (...)”. PM10: “(...) Entonces me contactaron con una psicóloga que coincidió que después hicimos tremenda relación. Me cayó muy bien. Podía no haber congeniado (...) es que si volviera a elegir elegiría la misma y lo haría encantada”.

Los pacientes destacaron sentimientos positivos hacia sus terapeutas, haciendo hincapié en la confianza, comodidad y empatía como posibilitadores del trabajo.

Estos hallazgos resultan de importancia dado que, a pesar de la intervención de la institución en la asignación del terapeuta, como sostiene Schroeder (2002), es dable observar que “Evidentemente hay algo de esa intimidad, caracterizada por esa relación peculiar y única entre el terapeuta y el paciente, que se conserva” (p.2).

5.3.2.2. Subcategoría: Las particularidades del vínculo terapéutico

En la profundización de las explicaciones que realizaron los pacientes en relación con los cambios ocurridos como consecuencia de la psicoterapia, caracterizaron al vínculo terapéutico de un modo particular, diferenciándolo de otros vínculos humanos.

Poder hablar y sentirse escuchado de una forma cualitativamente diferente a la de otros vínculos:

PM9: “El desahogarme, el hablar, ella me escuchaba, me preguntaba (...)”. PV3: “Sí, hablar y pensar. Porque no es lo mismo hablar con un familiar, con un amigo que con el terapeuta, no es lo mismo. (...) A veces, en algún momento va a decir cosas que a uno no le gustan pero lo van a hacer pensar”. PV6: “Creo que se los atribuyo justamente a poder hablarlos (...) Y creo que más que nada eso, la posibilidad de poder hablarlo con alguien (...) Si tenía que insultar insultaba, si tenía que decir cosas las decía (...) porque yo al poder hablar de las cosas como las pensaba”. PM2: “(...) a medida que fueron pasando las consultas digamos (...) me iba sintiendo cada vez mejor. (...) me escuchaba y después ella daba su opinión, entonces yo sentía que tenía un apoyo, alguien en quien confiar, una persona que sabía que no iba a salir a contarle a nadie y que iba a estar ahí para cuando yo necesitara descargarle o hablar de todo lo que me estaba pasando (...)”

Dar herramientas y posibilitar la autocomprensión, percibiendo la intervención terapéutica como una invitación a la introspección.

PM7: “Y que... la terapia en mi caso me ayudó a darme cuenta de cosas que me estaban pasando o conductas repetitivas que tengo que no me daba cuenta sola”. PM10: “Creo que reflexionar... creo lo que me hizo fue es darme cuenta, ayudarme a mí a darme cuenta de cómo estaba viviendo, como estaba reaccionando, que me estaba pasando. (...). Fue reencontrarme y tratar de manejar cada situación de alguna manera. O darme... creo que fue darme las herramientas para cada situación planteada. (...)”. PM4: “De repente a los consejos que ella me daba que podía... y las herramientas las tenía y a veces las utilizaba, otras veces no (...) me doy cuenta de lo que... de mis inseguridades. (...) cosas negativas de uno mismo (...)”. PM1: “Cómo que me parece que yo le planteaba cosas y ella me decía o su punto de vista o como era o como le parecía que eran las cosas y ahí iba entendiendo (...)”

Competencia del terapeuta

Si bien ninguno de los pacientes contaba con suficiente información acerca de la formación académica de su terapeuta, la experiencia, la orientación desde la que trabajan, etc.³², es de destacar que todos presumían competencias y formación en sus terapeutas e interpretaron elementos que ocurrieron en la terapia o que vieron en el consultorio (títulos, menciones inespecíficas del terapeuta, etc.), en el sentido de otorgar méritos a éstos. Esto se relaciona con uno de los elementos que destaca Krause (2005) como importante para la fundación y sostenimiento de un vínculo que posibilite el trabajo: considerar al terapeuta como profesional competente. Cuando el terapeuta es *elegido* por el paciente (clínica particular), esto está presente. Es dable observar que cuando la mutualista lo asigna, se produce igualmente esta confianza en las competencias del profesional:

PM7: “Si, de la formación académica y sabía que ella (...) estaba el título ahí colgado de psicóloga y no sé cómo había hecho para...no me acuerdo si me comento si se había especializado en este tipo de terapia conductista”. PM2: “(...) todo lo que estudió he visto (...) sé que tiene muchas cosas ha hecho y va después a hacer cosas de actualización (...)”. PM9: “(...) había diplomas cuando iba al consultorio”. PV3: “Yo sé que ella hace mucho tiempo que trabaja en X (...) sí sé que tiene capacitación. (...) si trabajó en los distintos lugares sabe de qué estaba hablando...”.

³² Cabe aclarar que la investigadora tampoco cuenta con esta información sobre los terapeutas ya que en ningún momento de la investigación tuvo contacto con los terapeutas, ni con información acerca de su formación.

5.3.3. Categoría central: Particularidades de la psicoterapia en la mutualista

Esta categoría se compone de las siguientes subcategorías y dimensiones:

Particularidades de la terapia en la mutualista	
Subcategorías	Dimensiones
<i>Accesibilidad: “Si no hubiera sido por la mutualista no hubiera accedido”</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Costos económicos ❖ Trayectoria de los pacientes hasta la psicoterapia ❖ Tiempos institucionales ❖ Comité de recepción
<i>Aspectos referentes al encuadre</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Características del encuadre ❖ Frecuencia ❖ Vivencias sobre la duración de la terapia (tiempo limitado) ❖ Vivencias sobre la finalización de la terapia: “Eso ya estaba pautado de antes”

Los aspectos vinculados con las particularidades de la psicoterapia realizada en la mutualista son mencionados por todos los participantes en diversos momentos de las entrevistas. En esta categoría se analiza la intervención en los procesos terapéuticos de la mutualista como institución prestadora de salud y se abordan las particularidades y características de dicha intervención, teniendo en cuenta que las psicoterapias históricamente se han caracterizado por el ejercicio liberal, por lo que esta realidad modifica el contexto de las prácticas y estas modificaciones repercuten en las vivencias de los pacientes, incidiendo en la experiencia de la terapia y los resultados de ésta. Esta categoría central es por tanto *teórica*, dado que fue un aspecto especialmente indagado por la investigadora en la entrevista en profundidad e intencionalmente tomado para el análisis, considerando su importancia en tanto las psicoterapias en el SNIS introducen aspectos novedosos en los procesos terapéuticos. No obstante, es lícito mencionar que se trata de aspectos que tuvieron fuerza e

insistencia del discurso de los pacientes, surgiendo del material de análisis las subcategorías y dimensiones (*emergentes*).

5.3.3.1. Subcategoría: Accesibilidad: “Si no hubiera sido por la mutualista no hubiera accedido”

Desde el inicio de la entrevista, al solicitar a los pacientes que comenten las impresiones espontáneas, surgieron comentarios vinculados con la accesibilidad de la prestación, lo que permite considerarla como un factor fundamental para la elección de la mutualista a la hora de realizar psicoterapia.

En varias entrevistas apareció esta modalidad terapéutica como la única forma posible de acceder. Es una de estas afirmaciones la que da nombre a la categoría: “Si no hubiera sido por la mutualista no hubiera accedido” (PM10):

PM10: “(...) Fue todo muy accesible porque en realidad buscaron todas las comodidades, destaco mucho eso. (...). Primero que no sabía ni siquiera que existía ese sistema. Que para mí fue ampliamente beneficioso (...). En muchas situaciones de mi vida he precisado terapia y nunca lo he podido hacer, por un tema costo básicamente. (...) Si no hubiera sido por la mutualista no hubiera accedido (...)”. PM2: “(...) como te decía, puede ser porque es todo más accesible (...)”. PM9: “(...) estuve asesorándome y eran los costos muy altos. Yo creo que si no hubiera estado este servicio no hubiera podido ir”. PM8: “A mí me hizo muy bien (...) a mí me salvaron la vida (...) encima poder pagarlo, porque también lo económico en ese momento fue fundamental. Yo pude mantener mi terapia y la de mi hija porque era accesible también”. PV3: “(...) no lo hubiera hecho particular (...) económicamente no hubiera podido pagarlo tampoco”. PV5: “(...) Nunca había visto la opción porque se hacía un poco inviable por el tema de costos a veces (...). Está muy buena la opción de que te dan ahora las mutualistas (...)”. PV6: “Por, justamente las cuestiones económicas. (...) y si a mí me costó pagar, (...) creo que si hubiera ido a un particular no sé si llegaba a dos meses o tres”. PM7: “(...) yo si económicamente hubiera podido, yo hubiese estado como esa gente que va hace 15 años al psicólogo ¿entiendes? Tuve que hacer esas terapias cortitas (...)”.

Todos los usuarios se mostraron conformes con la prestación, valorándola como imprescindible para el acceso y sostenimiento de los proceso terapéuticos.

- La experiencia de un usuario para quien la psicoterapia no resultó accesible resulta ejemplificante también de la importancia de este aspecto para poder sostener la psicoterapia. Es de destacar que, de los pacientes entrevistados, éste es el que presentó una experiencia menos positiva de la psicoterapia:

PV6: “(...) que yo vivo en (localidad), en San José y las citas eran en el (barrio de Montevideo) (...) eran temprano las terapias, y me tenía que ir muy temprano de casa y después asistir a la clase. Entonces me influía en eso. (...) un par de temas

económicos también, que empezaron a subir de precio muy rápido las sesiones (...) Son las cosas que dificultaron el precio de la terapia y cómo se iba desarrollando”.

Costos económicos

El factor económico fue el aspecto más destacado por los usuarios para la accesibilidad a la prestación: todos los pacientes afirmaron haber tomado la decisión de realizar la terapia en la mutualista en función de los costos:

PM4: “(...) costos súper bajos. (...) lo que te decía un tema de costos también porque yo ya había probado anteriormente y era más alto el costo”. PV5: “Por la facilidad económica que tenía, evidentemente. (...)”. PV6: “Eh.... No fue algo que yo decidí, sino que es algo que yo acepté por mi madre (...) por lo económico (...)”. PM4: “También por los costos (...)”. PM1: “(...) en realidad empecé a ir (al médico) porque me sentía mal (...) cuando me explicaron que tenía la posibilidad y todo me pareció bárbaro y ta, además por lo económico”. PM10: “Y en realidad básicamente por un tema costo (...). En muchas situaciones de mi vida he precisado terapia y nunca lo he podido hacer, por un tema costo básicamente (...)”. PM2: “(...) primero porque sabía que necesitaba ayuda y segundo porque vi que ahí era lo más accesible (...) Económicamente (...)”. PM4: “(...) Yo la verdad que quedé súper conforme con mi psicóloga y con el tratamiento porque evidentemente son tratamientos costosos, porque en realidad no es muy... y a mí me salía muy muy económico y un tratamiento que para mí fue efectivo y re conforme con la profesional”.

Trayectoria de los pacientes hasta la psicoterapia

En la presente muestra, la mayoría de los pacientes llegaron derivados por otros profesionales del campo de la salud, entre ellos psiquiatras y médicos tratantes (8/10):

PM1: “(...) empecé a consultar, primero vi a un psiquiatra, medicación me mandaron y después me plantearon lo de la terapia. A mí me pareció bárbaro (...) no sabía bien cómo era ni con qué me iba a encontrar y ta, empecé a ir (...) no se me había cruzado por la cabeza porque, a lo mejor, no me daba cuenta que podía ser sí, la solución o ayudarme de alguna manera. (...)” PM7: “(...) Me la mandó la Psiquiatra (...)”. PM8: “(...) fue la psicóloga de mi hija que me dijo, fue ahí cuando empecé a manejar la posibilidad de que realmente necesitaba. (...). Yo había buscado ayuda por otros lados y finalmente (...) vine al psiquiatra y (...), me medicó y me dijo de que hiciera tratamiento y ahí fue como empecé acá”. PM2: “Fue el médico de medicina general. Porque un día yo fui, yo soy hipertensa, fui... me sentía muy mal tenía la presión muy alta y bueno, le empecé a contar que me pasaba (...) ella me notó angustiada. (...) me dio un pase a... pero también yo le dije a ella que yo notaba que necesitaba hablar (...) Hacía mucho tiempo que lo venía pensando pero no había tenido como la oportunidad de tomar esa decisión porque si vos vas a un terapeuta particular es todo un gasto y yo en ese momento no estaba en condiciones y yo no sabía que se podía hacer. Yo pensaba que (...) las psicólogas era todo privado. Después cuando hablé con la doctora ella me dijo "no, pero acá también puedes acceder (...)”. PM10: Surgió rarísimo porque yo venía muy desbordada (...). En realidad, empecé a consultar por otras cosas en la mutualista con médicos y cuando me dijeron en realidad lo que nos parece es que estas sobregirada. (...) ¿Porque estás acá?” Yo le dije “porque me mandó la doctora”. (Risas) “No fue una decisión mía en realidad (risas) me mandaron (médico)

(...). Fue lo mejor que hicieron. (...). Y en realidad me gustó la idea, quedé enganchadísima, enseguida fui a averiguar (...).todo, que fuera a la salud mental de la mutualista (...). PM9: “... todo esto empezó porque fui al Psiquiatra y el Psiquiatra estuvo hablando conmigo y le pareció que no era para que estuviera medicada. Sino que necesitaba hablar o desahogarme. Entonces me mandó a Salud Mental (...) yo siempre pensé que tenía que haber pedido ayuda en sus momentos (...).”

En los extractos de entrevista puede verse que varios pacientes mencionaron que acudieron al médico por otros problemas no percibidos como psicológicos (malestar físico y síntomas de diversa índole) y en esta instancia los médicos abordaron la derivación al programa de salud mental.

Asimismo, el discurso de varios pacientes permite vislumbrar que hay todo un recorrido previo que hicieron para acceder a la psicoterapia, es decir que se trataría de un recurso al que se accede luego de un tiempo de consultas y diversas búsquedas: *“(...) si hubiera encontrado antes, si hubiera ido antes capaz que no hubiera llegado a un extremo así (...).”*

Tiempos institucionales

En cuanto a los tiempos de demora en acceder al comité de recepción y posteriormente al terapeuta para comenzar la psicoterapia, todos los entrevistados relataron una demora de entre uno y dos meses. Si bien los entrevistados consideraron que no fue una demora larga, algunos mencionaron que *se les hizo largo* porque estaban expectantes con el comienzo:

PM10: “(...) pasaron casi dos meses creo. (...) Esa parte fue... no sé si larga o corta, a mí me pareció largo (...) capaz que lo necesitaba realmente urgente, capaz que dos meses podría haber sido mucho tiempo (...). PV3: “No, yo estaba ansioso porque necesitaba, sentía que necesitaba comenzar (...) pero tampoco demoró mucho (...). PM1: “(...) además claro, yo estaba como que ansiosa y como que quería empezar a ver si mejoraba y a ver si me hacía bien (...).”

Otros entrevistaron evaluaron que los tiempos fueron adecuados:

PM7: “Ah no otra cosa que fue rapidísimo. Paso muy poco en que me llamaron, al menos me parece (...). Pero me parece que fue mucho más rápido que me llamaron del comité de recepción”. PV5: “(...) positivo, vamos a ser francos, la celeridad, la ayuda económica (...). PV6: “(...) que haya sido por eso, y en realidad fue bastante rápido. Yo esperaba que demorara mucho más poder tener un terapeuta (...).”

Comité de recepción

Los entrevistados que realizaron comentarios acerca del comité de recepción, lo hicieron valorando la importancia de su evaluación para la selección de los terapeutas. También valoraron positivamente el seguimiento realizado por el equipo de salud mental:

PM2: “Bueno, entonces sí el equipo de salud mental hace que uno vaya teniendo como ganas de seguir, porque te preguntan, te llaman, se preocupan, eso es importante, ¿verdad? (...) Eso creo que sí influye porque si no uno, de repente, con (...) tanta cosa... capaz que uno por la mitad de la terapia capaz que dice “ay no voy más”. PV5: “Sí, porque yo no hubiera podido tener la guía de ese equipo multidisciplinario, no sé si multidisciplinario, pero eso equipo de salud mental de que veía cuestiones y podían tener conocimiento más cabal y más objetivo de cada especialista (...) era mejor que gente objetiva viera eso y me dijera “bueno, te puede servir tal”. Lo preferí así, me parecía mucho mejor”.

5.3.3.2. Subcategoría: Aspectos referentes al encuadre

Características del encuadre

Los pacientes fueron atendidos en los consultorios particulares de los terapeutas, y la atención se realizó de modo regular en cuanto a la duración de la sesión, día y horario. La frecuencia fue semanal.

Frecuencia

Los pacientes valoraron como adecuada la frecuencia de la psicoterapia. Varios mencionaron que fueron adecuando esta frecuencia en coordinación con su terapeuta en función de las necesidades de cada momento del tratamiento, lo que valoraron como positivo. Algunos mencionaron que en determinados momentos hubieran necesitado mayor frecuencia:

PV5: “Yo la vi bien porque sentía que capaz que no tenía material para trabajar más. (...) yo con el tiempo me di cuenta que una vez a la semana estaba bien, era como una buena cuota”. PM8: “Sí, empecé una vez por semana, después empecé cada quince días (...)”. PM2: “Sí, dos, después una y después cada quince (...). Y, a mí me parece que una vez por semana está bien. Después ta, cuando ya estas mejor que vayas cada quince días también está bien. (...)”. PM8: “A mí me alcanzaba, yo iba una vez a la semana. No hubiera podido sostener dos veces a la semana (...)”. PV6: “Creo que está bien (...)”. PM10: “(...) capaz que algunas veces hubiera necesitado dos, pero creo que está bien...” PM1: “Había semanas como que necesitaba y como que estaba ansiosa (...) Y a lo mejor al principio sí (hubiera preferido mayor frecuencia) (...)”.

Vivencias sobre la duración de la terapia (tiempo limitado)

Las alusiones a la duración de la psicoterapia aparecieron con fuerza en el discurso de los pacientes. Este elemento fue el único que resultó problemático respecto a la regulación de la mutualista en los procesos psicoterapéuticos³³.

Varios pacientes expresaron que la psicoterapia les resultó corta y que les hubiera gustado seguir. Esto lo hicieron tanto en las preguntas específicas sobre el tema, como al comienzo, cuando se pidió que compartan sus impresiones espontáneas sobre la psicoterapia:

PM9: “(...) me hubiese gustado seguirla (...) sobre todo por los acontecimientos últimos que pasaron en mi vida”. PV6: “(...) los resultados logrados en lo que duró fueron provechosos pero sentí que fue poco (...) precisaba más, mucho más”. PM7: “(...) hubiera seguido (...)” PM1: “(...) O sea, me quedé con ganas, ya te digo, de seguir, pero bueno ta... un tema de costo y todo, por particular no la puedo pagar (...) Me hubiese gustado seguir. Pero ta, me parece como que lo más importante lo traté y como que lo cerré y lo entendí. (...) lo del tiempo me parece que me hubiese gustado que fuera más. (...)”. PV5: “Yo me quedé con ganas de más (...) vas con poquito y te das cuenta que tenés muchísimo (...)”. PM2: “A mí me hubiera gustado seguir un poquito más. En aquel momento como te decía me parece que era lo correcto, pero pienso que hubiera necesitado un poquito más”. PM10: “Más, por lo menos un año más”.

Afectivamente surgieron vivencias como “sentí que fue poco”, “me quedé con ganas”, “me hubiese gustado”. Desde lo cognitivo, los pacientes refieren a que “los resultados logrados...fueron provechosos”, “lo entendí”, “te das cuenta que tenés muchísimo”, “me parece que era lo correcto”, “pienso que hubiera necesitado más”. Esto permite observar como desde lo afectivo, está presente el deseo de continuar que además podría vincularse con el vínculo terapéutico, al mismo tiempo que cognitivamente los usuarios comprendían la importancia de la regulación de la duración, así como también la importancia para ellos de continuar.

Independientemente de que para algunos pacientes el tiempo de la prestación haya sido suficiente, muchos vivieron la duración del tratamiento como algo arbitrario, determinado por un factor externo que no necesariamente se vinculó con lo ocurrido en el proceso:

³³ Como se explicita en el punto [1.1.3. Prestaciones del PIPSM](#), el plan estipula la cantidad de sesiones previstas, que varía según la modalidad y grupo poblacional. Para los pacientes entrevistados, se prevén 48 sesiones que equivalen a un año de psicoterapia aproximadamente.

PM7: “Sabes que ese es un tema muy difícil porque debería ser más, debería ser más, pero también entiendo el tema de la mutualista ¿no? Que con respecto a salud mental bastante que te lo da ahora la mutualista (...) la Psicóloga consideró que necesitaba más pidió una prórroga y me dieron tres meses más”. PM8: “A mí me ha alcanzado un año. A mi hija también (...) no es un alta verdadera es una cosa porque se terminó el tratamiento no porque tu terapeuta te dice...” PV6: “Me dio la sensación de que era corto (...) es como muy tirado al azar, o sea, te ponemos tantas sesiones porque esto va a durar, y no creo que tenga que funcionar así, creo que tendría que funcionar hasta que el psicólogo diga: “ta, hasta acá llegamos””.

Vivencias sobre la finalización de la terapia: “eso ya estaba pautado de antes”

Se observa que algunos pacientes vincularon el tiempo de duración delimitado por la institución prestadora con la finalización de la psicoterapia. En este sentido, cuando se preguntó cómo se sintieron con respecto a la finalización, las respuestas aludieron nuevamente a la duración:

PM7: “Con ganas de seguir yendo (risas)”. PV5: “Sí, sí porque no... Faltó tiempo porque ese tipo de tratamiento es algo que realmente me di cuenta que tiene que llevar bastante, mucho tiempo (...)”. “Triste”. PV6: “Yo contaba, terminé la terapia y era como algo bueno. Hubo un tiempo que me entré a sentir incómodo, desencontrado conmigo mismo. Como que llegaban días que quería, tenía cosas que pensar, tenía cosas que contar y ya no tenía con quién. (...) me encontraba un poco desencontrado a veces (...)”. PM1: “Si, me quedé con ganas como de seguir me parece. Porque no es que ella me dijo: “(...) te doy el alta” (...). Me hubiese gustado seguir, pero también no es que me fui mal ni nada (...)”. PM9: “(...) salí me despedí de la psicóloga, pero me dolió, me dolió porque sentí que la iba a necesitar (...)” PM10: “(...) me quedé con un montón de... me quedaron como un montón de puntas y de cosas (...) las usé todas. Hubiese usado más igual (...)”.

Surgieron vivencias vinculadas con afectos que ponen de manifiesto ciertas dificultades con respecto a la tramitación la finalización de la psicoterapia como algo externo, no vinculado con el proceso en sí mismo: “me entré a sentir incómodo, desencontrado” “me dolió, sentí que lo iba a necesitar”, “triste”, “me quedaron como un montón de puntas”.

En otros casos los pacientes manifestaron haber podido concluir con el trabajo sobre aquellos aspectos que buscaban trabajar, viviendo la finalización como un hecho que no estuvo desencadenado solamente por la duración de la prestación:

PM2: (...) bueno se habían terminado la cantidad de consultas que tenía asignadas, pero en realidad yo ya me sentía más fuerte. Me sentía bien, ya me había levantado la autoestima, como que ya estaba fuerte para salir a la calle y decir: “Bueno, acá estoy de nuevo””. PM4: “O sea, me sentí bien. Me parece que logré el cambio con la relación con mi madre, fue positivo. También hablaba de (...). Ella me daba también herramientas (...)”. PV3: “(...) yo ya al ir avanzando el tratamiento sentía que estaba resultando. Tanto es así que se decidió cerrarlo antes” “(...) fue menos de un año.

Decidimos con la terapeuta terminarlo, cerrarlo antes. (...) estuvimos de acuerdo los dos (...). PM8: “(...) había algo que sacrificar y en ese momento me sentí lo suficientemente fuerte como para sacrificar la terapia y pedí dejar la terapia. Creo que me faltaba alguna más, unas sesiones ponele para terminar y yo la terminé (...) pero me sentía bien para tomar decisiones”.

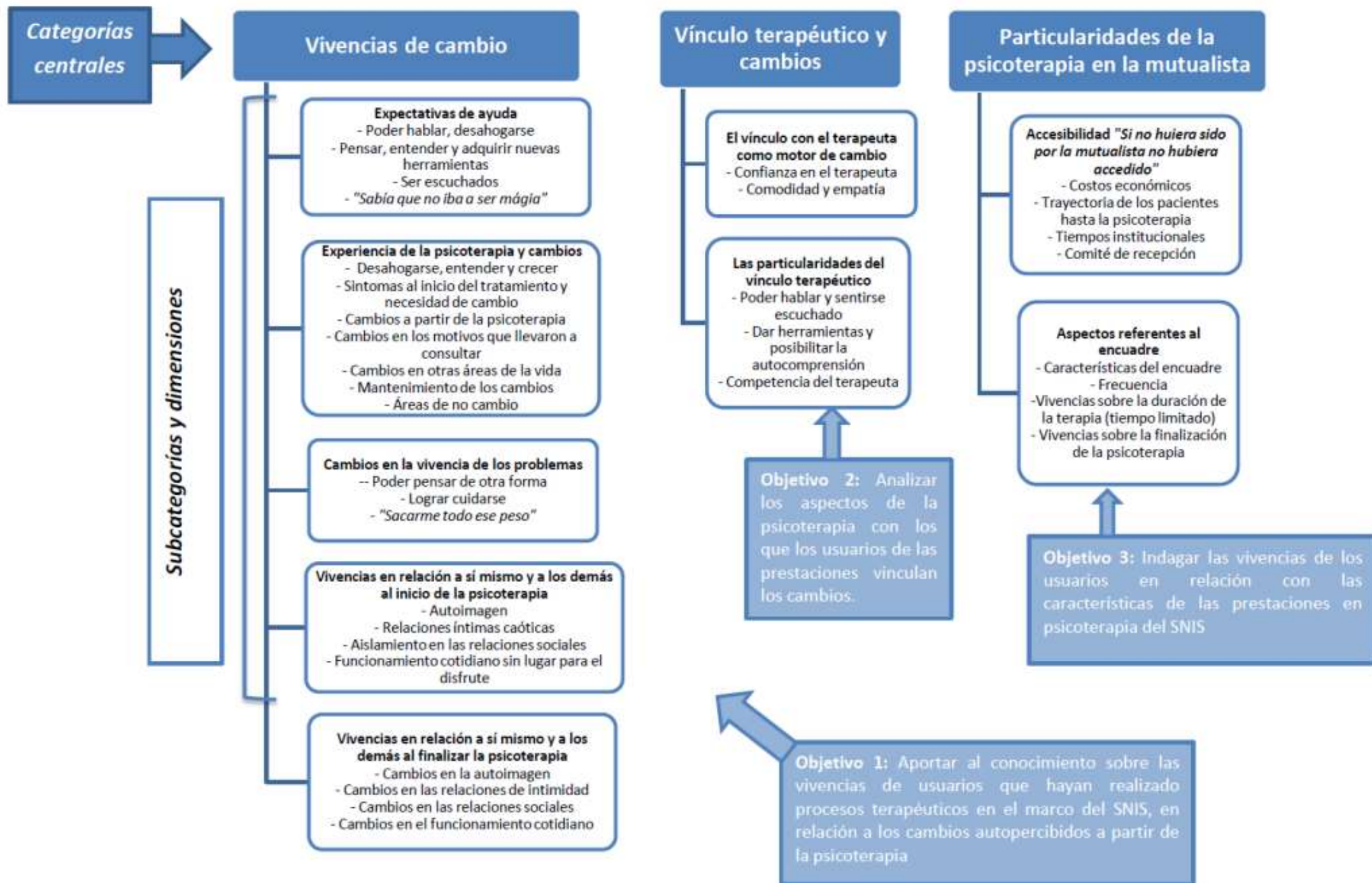
Tanto para quienes consideraron que el tiempo de duración de la psicoterapia fue suficiente, como para quienes no lo fue, los pacientes refirieron a la finalización como un hecho fuertemente atravesado por la regulación externa; que no dependió solamente de ellos ni de un acuerdo de trabajo con su terapeuta, sino que dependió del límite temporal de la prestación (aspecto diferencial con las psicoterapias realizadas en la órbita de la clínica particular). Surgieron también alusiones al manejo de la información sobre el tiempo de duración por parte de los terapeutas:

PV5: “No, a mí me lo marcó de un principio las X cantidad de sesiones (...). Fue cuadrando un poco y como ya sabía que... que se llegaba a los últimos meses, etc. No forzado pero como que fui cerrando algunas cositas (...) pero yo sentí como que fue natural...”. PV6: “No, se dio por una cuestión de que había algo planteado ya desde el inicio y él se dio cuenta en realidad, le pareció poco. Le parecían muy pocas, no por qué yo iba a terapia y ta... y fue algo que ninguno de los dos quiso en realidad”. PM2: “A no, porque eran tantas sesiones o consultas (...) desde el principio sabía que eran tantas consultas y ya por ejemplo, cuando llegó a la X ya me dijo “mirá que nos quedan cinco” (...). PM10: “(...). De parte de la mutualista en sí no me dio muchos datos de cuánto tiempo duraba (...) faltó capaz un poco de información”. PM4: “En realidad son cuarenta y cinco sesiones creo que son, por la mutualista y ahí finaliza. (...) eso ya estaba pautado de antes”. PM4: “Tal día se termina (...) Dejo las puertas abiertas en otro momento para poder acudir por otros temas (...)”. PM1: “(...) ella me empezó a decir que unas antes “mirá que no quedan muchas, quedan tantas que nos vamos a seguir viendo” (...) y ahí me empezó a decir como para ir cerrando ciertas cosas que no quedara ahí algo pendiente. (...) cuando yo empecé la terapia ella me explicó todo como era, los días, los horarios, todo lo que se habló y me dijo que era de un año”. PM9: “Terminó el ciclo (...) determinadas sesiones (...)”. PM7: “Ahh porque se terminó el tiempo... por eso yo te decía que ella pidió una prórroga al comité de la mutualista y mandó un informe psicológico fundamentando porque pensaba que necesitaba más terapia...”

5.3.4. Esquema de análisis de entrevistas en profundidad

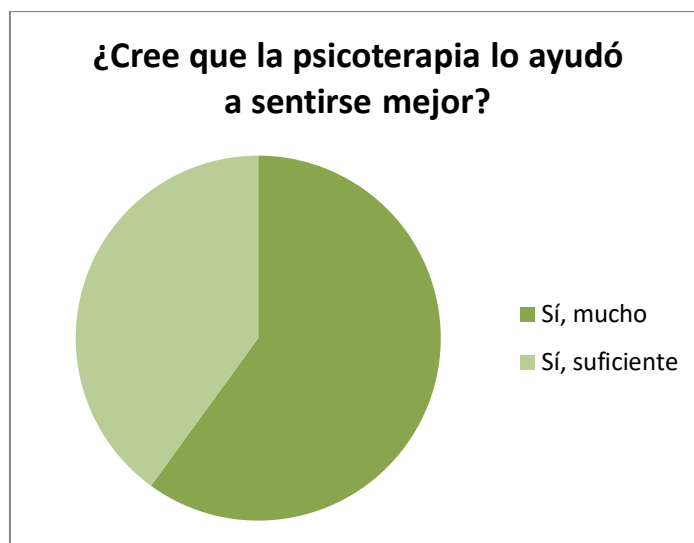
A continuación, se presenta un esquema que incluye las Categorías Centrales, Subcategorías y sus dimensiones en relación con los objetivos específicos a los que responden. El esquema es una síntesis del trabajo de análisis, al mismo tiempo que ordena y condensa todo lo abordado en éste:

Esquema de análisis de entrevistas en profundidad



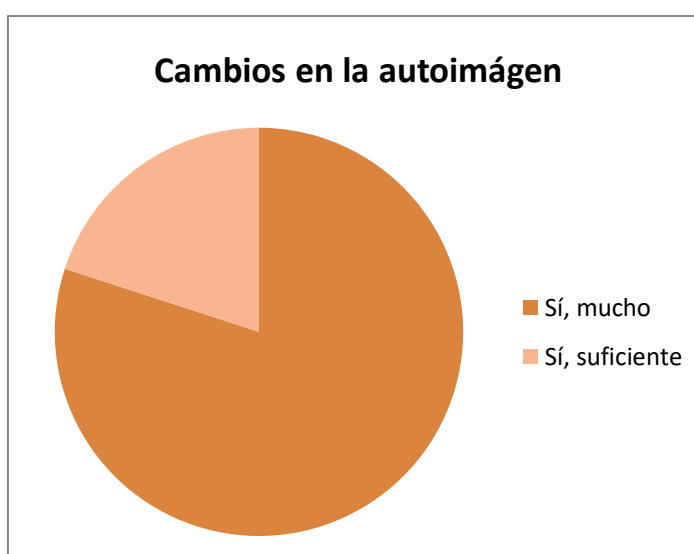
5.4. Cuestionario con opciones múltiples: presentación de resultados

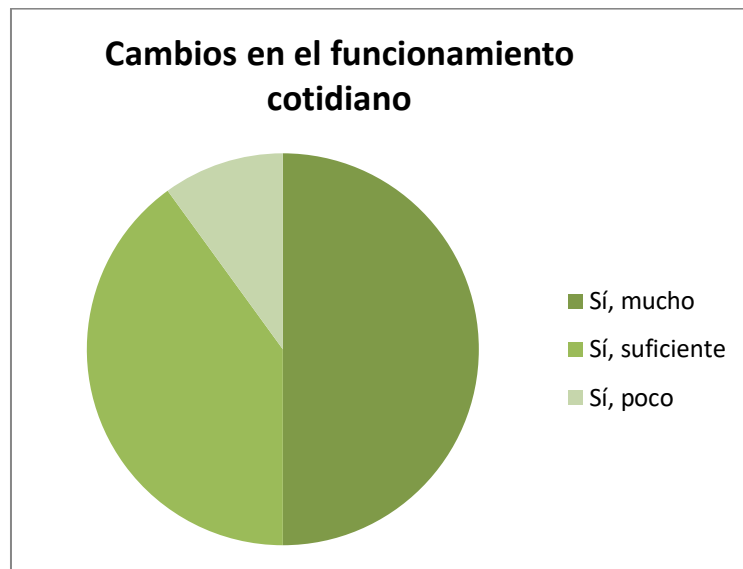
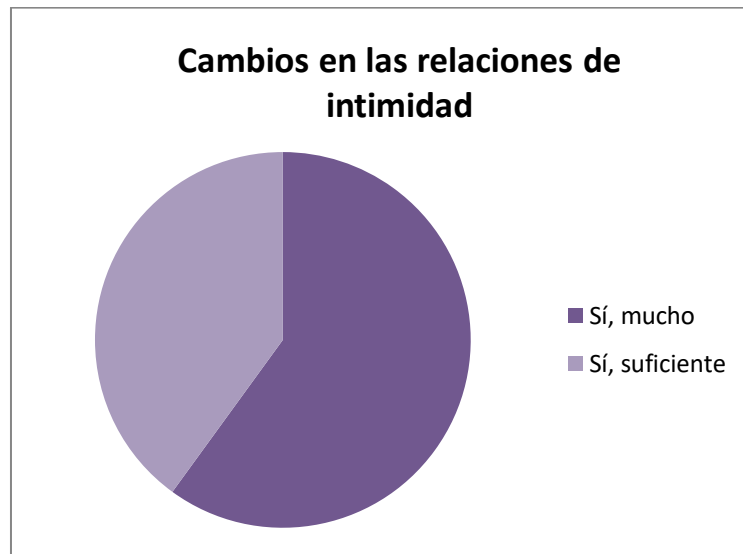
- Todos los pacientes consideraron que la psicoterapia produjo cambios positivos en su vida (10/10).
- Todos los pacientes consideraron que la psicoterapia los ayudó a sentirse mejor, distribuyéndose las respuestas de la siguiente manera:



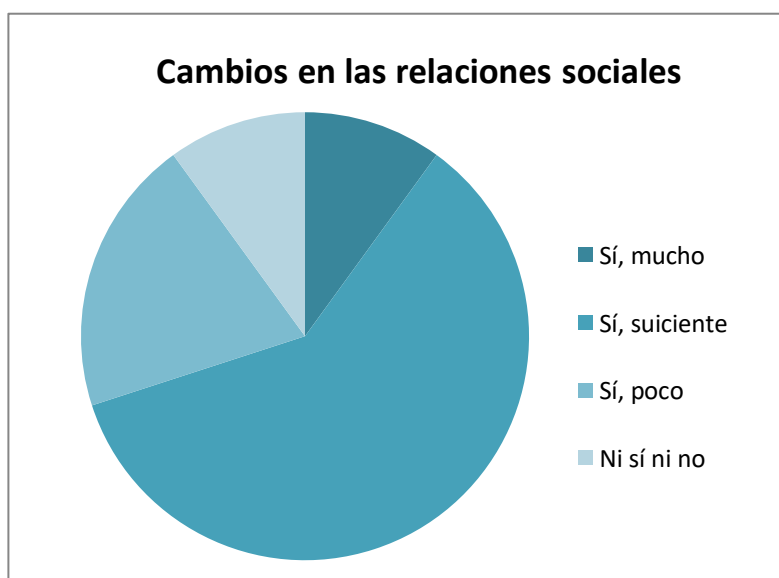
- Todos los pacientes consideraron que hubo cambios en la autoimagen, en las relaciones íntimas (familiares y de pareja) y en el funcionamiento cotidiano, a partir de la psicoterapia.

A continuación se presenta la distribución de cada una de estas respuestas:

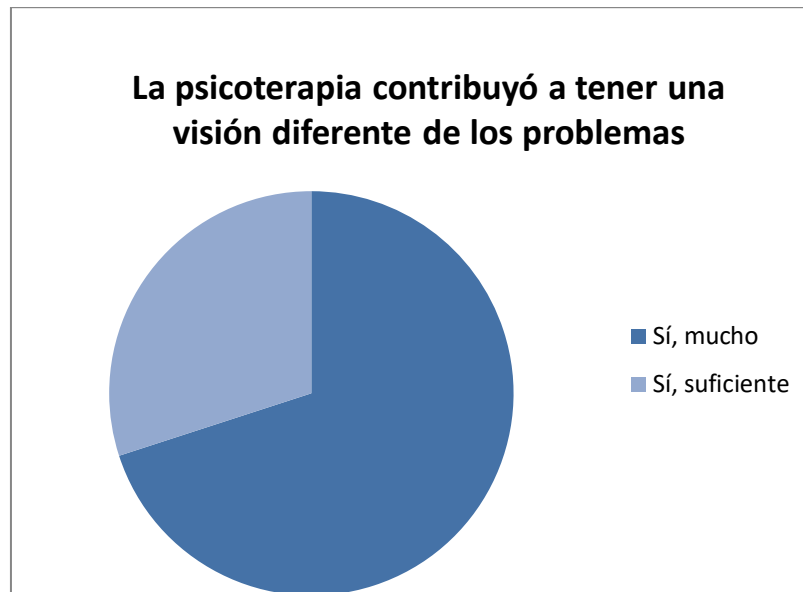




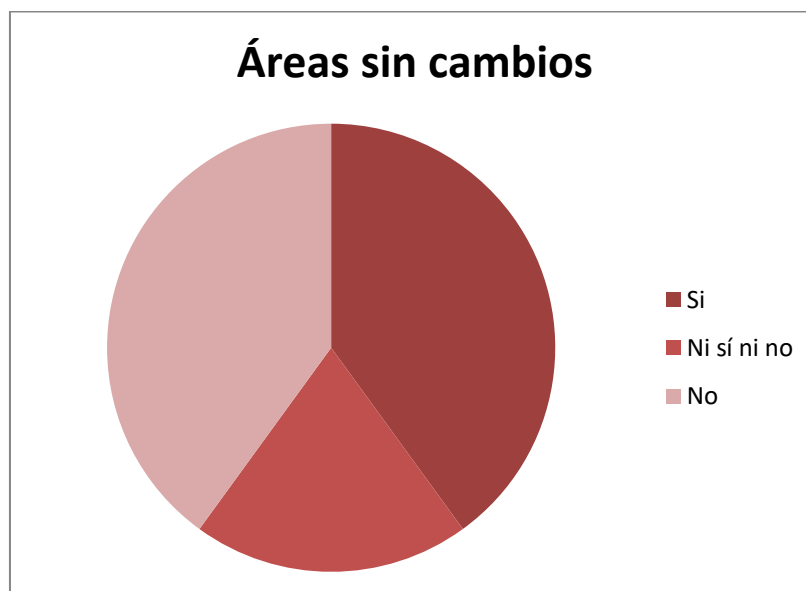
- En cuanto a las relaciones sociales, 9/10 pacientes consideraron que hubo cambios producto de la psicoterapia (1/10 Ni sí ni no), habiendo matices en la importancia atribuida a dichos cambios:



- Todos los pacientes consideraron que la psicoterapia contribuyó a tener una visión diferente de sus problemas:



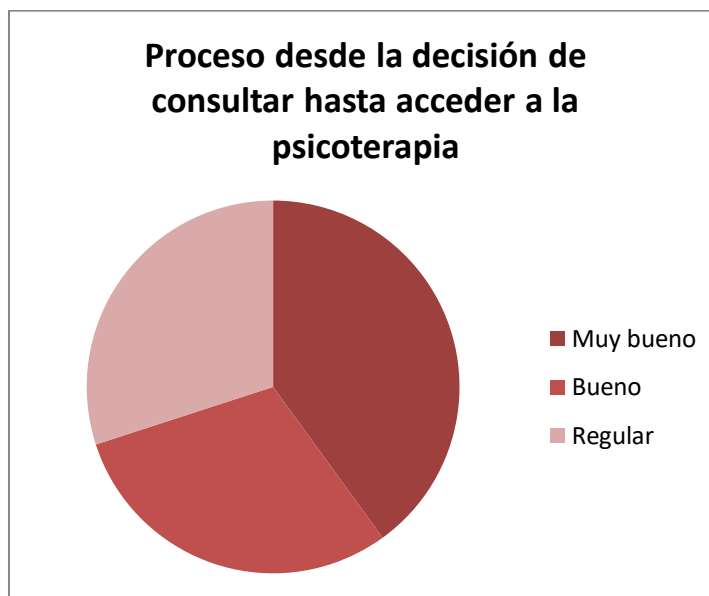
- En cuanto a la pregunta acerca de si en algún área de la vida no hubo cambios, las respuestas fueron dispares:



- Ningún paciente consideró que haya existido algún aspecto o área de la vida con resultados negativos (8/10 respondieron No y 2/10 Respondieron Ni sí ni no).

Maestría en Psicología Clínica – Juliana Artola Bruno

- 9/10 pacientes consideraron que la psicoterapia colmó sus expectativas de ayuda al momento de iniciarla.
- Todos los pacientes consideraron que la psicoterapia tuvo más aspectos positivos que negativos.
- La mayoría de los pacientes consideraron que existía una muy buena relación entre los costos económicos del tratamiento y la calidad de la atención (7/10), 2/10 consideraron que esta relación es buena y 1/10 la consideró regular.
- La mitad de los pacientes consideraron que el tiempo de duración fue adecuado, mientras la otra mitad consideró que no lo fue.
- Todos los pacientes (10/10) consideraron que la frecuencia de la psicoterapia resultó adecuada.
- En cuanto a la pregunta acerca de cómo calificaría el proceso desde que decidió consultar hasta que accedió a un psicoterapeuta, las respuestas se distribuyeron de la siguiente forma:



- Todos los entrevistados consideraron que los cambios se han mantenido en el tiempo y expresan la mantención de estos cambios como algo valorado por ellos.

5.5. Revisión de Historias clínicas de pacientes entrevistados: presentación de información relevante

Como se desarrolló en Metodología (Ver [4.3.1., b\) Revisión de historias clínicas](#)), éstas fueron revisadas con la finalidad de complementar y enriquecer los datos recabados en la entrevista en profundidad. Se procedió a realizar la revisión directa de las historias clínicas en relación con consultas, tratamientos y con la información disponible sobre las psicoterapias una vez que se llevaron a cabo las entrevistas en profundidad.

Se constató registro de consultas a Psiquiatría por parte de algunos pacientes. Dichas consultas tuvieron motivos diversos: crisis de pánico, estrés laboral, ansiedad, entre otros. La resolución de las consultas con psiquiatría incluyó pase a Psicología.

En las historias clínicas se observó también la que antes de ser derivados al Comité de recepción en Salud Mental, algunos pacientes transitaron por varias terapéuticas y diversas consultas médicas.

El Comité de Recepción registró también el pasaje de los pacientes, indicando resolución del comité y modalidad de psicoterapia indicada.

Con respecto al registro del proceso de psicoterapia, se consultó una base de datos independiente de la historia clínica, según sugerencia de la responsable del programa de Salud Mental de la mutualista. Se observó que se incluyó hoja de registro de la psicoterapia realizada, donde se solicitaba a los terapeutas el registro de los siguientes aspectos: fecha de inicio de la psicoterapia, abordaje, resolución del Comité de Recepción, dato clínico objetivo, Psiquiatra de referencia, motivo de consulta, registro de asistencia o inasistencia por sesión, motivo de interrupción del tratamiento (si correspondiera), principales logros obtenidos y fecha de finalización de la psicoterapia. De la revisión se observa que, si bien se prevé incluir información sobre el proceso terapéutico, esta información no se incluyó de forma rigurosa por parte de los psicoterapeutas (únicamente tres hojas de registro cuentan con la información completa). Esto implica que en los registros institucionales haya escasa información acerca de los procesos terapéuticos.

5.6. Triangulación de resultados

Tal como se planteó y desarrolló en el [Capítulo 4: Metodología de la Investigación](#), la técnica principal de recolección de datos fue la entrevista en profundidad. El cuestionario con opciones múltiples permitió indagar diferentes áreas abordadas en dicha entrevista con una herramienta diferente, posibilitando comparar los datos obtenidos. Asimismo, generó la posibilidad de cuantificar algunos componentes indagados, profundizando el análisis y permitiendo objetivar más la información obtenida. Las historias clínicas fueron revisadas con la finalidad de complementar y enriquecer los datos recabados en la entrevista en profundidad en relación con consultas y tratamientos, así como con información específica sobre el proceso psicoterapéutico.

Los resultados obtenidos del análisis de la entrevista en profundidad y de la aplicación del cuestionario con opciones múltiples son coincidentes.

Ambas técnicas arrojan que los usuarios consideraron que la psicoterapia contribuyó a producir cambios importantes en su vida, los que resultaron positivos. Asimismo coinciden en que la psicoterapia ayudó a sentirse mejor y posibilitó tener una visión diferente de los problemas.

De acuerdo con los resultados del análisis de la entrevista en profundidad; dentro de las áreas indagadas, el área en las que los usuarios reportaron mayores cambios en el cuestionario con opciones múltiples fue la autoimagen (8/10 Sí mucho, 2/10 Sí suficiente); reportando también cambios en las otras áreas indagadas (relaciones de intimidad, sociales y funcionamiento cotidiano).

Ambas herramientas reportaron la no existencia de efectos negativos producto de la psicoterapia para la muestra analizada; concordando también en el mantenimiento de los cambios y en la existencia de áreas de no cambio (respuestas dispares en ambas herramientas).

En el cuestionario con opciones múltiples todos los pacientes consideraron que la frecuencia fue adecuada así como la mayoría evaluaron como *muy buena* la relación costo del tratamiento - calidad de la atención, lo que coincide con las respuestas de las entrevistas en profundidad.

En ambas técnicas surgieron respuestas dispares en relación a la evaluación de los usuarios del proceso hasta la psicoterapia, aspecto analizado en las entrevistas en profundidad.

En el cuestionario con opciones múltiples la mitad de los pacientes consideraron que el tiempo de duración de la psicoterapia fue insuficiente, también en concordancia con los resultados del análisis de las entrevistas en profundidad donde el tiempo de duración y finalización de la psicoterapia resultaron dilemáticos.

En cuanto a la *revisión de historias clínicas*, se constató el modo de llegada de los pacientes a la psicoterapia. Asimismo, surgió la observación de que antes de ser derivados al Comité de recepción en Salud Mental, algunos pacientes transitaron por varias terapéuticas y diversas consultas médicas, realizando un recorrido previo a la llegada de a la prestación en psicoterapia, coincidentemente con los resultados de la entrevista en profundidad.

En los registros institucionales se halló poca información acerca de los procesos terapéuticos.

Capítulo 6: Discusión

Se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de la entrevista en profundidad, del cuestionario con opciones múltiples y de la revisión de historias clínicas en el mismo orden en que se presentaron en el capítulo anterior (Categorías centrales y subcategorías surgidas del análisis de la entrevista en profundidad, en articulación con los resultados del cuestionario con opciones múltiples e incluyendo los hallazgos de la revisión de historias clínicas), discutiéndolos a la luz de las referencias teóricas utilizadas por la autora y de la evidencia internacional existente. Como se destacó en el análisis, la triangulación entre la entrevista en profundidad y el cuestionario con opciones múltiples, confirmó los resultados entre ambos instrumentos, aportando a la validez de los datos. La revisión de historias clínicas confirmó también resultados del análisis de la entrevista en profundidad, aportando un hallazgo inesperado sobre el que se profundizará en el presente capítulo.

Como se ha dicho, describir y analizar las vivencias de los usuarios respecto a los cambios autopercebidos y a las características de la atención recibida fue el objetivo central de este trabajo.

De acuerdo a las categorías identificadas en el análisis, surge la Categoría central **Vivencias de cambio**, siendo una de las subcategorías Expectativas de ayuda.

Las expectativas, son formuladas de diversas maneras por parte de los pacientes. Las dimensiones que surgen de la entrevistas en profundidad (poder hablar, desahogarse; pensar, entender y adquirir nuevas herramientas, ser escuchados) suponen la posibilidad de hacer algo distinto con el sufrimiento. Asimismo, la expresión “*Sabía que no iba a ser magia*” ejemplifica la existencia de expectativas realistas que tienen la mayoría de los pacientes en relación con la terapia. Los resultados del análisis de la entrevista en profundidad son confirmadas por las respuestas al cuestionario con opciones múltiples en el que 9 de 10 pacientes consideraron que la psicoterapia colmó las expectativas de ayuda que tenían al momento de iniciarla, lo que podría vincularse con la existencia de expectativas realistas. Las expectativas tienen valor fundamental, en tanto conforme con la literatura internacional, éstas en relación con el terapeuta, el tratamiento y los beneficios que se obtendrán del proceso terapéutico, influyen en la duración del tratamiento y el no abandono de éste (Zalaquett et al., 1982); siendo un componente esencial para poder aceptar al terapeuta como competente e iniciar un proceso de trabajo con él.

Las expectativas adquieren también importancia para que ocurran transformaciones en los pacientes. En este sentido, el cuarto indicador de cambio de Krause (2005) en su Teoría del cambio genérico, es la expresión de esperanza (remoralización o expectativa de ser ayudado y de superar los problemas).

Asimismo, Santibáñez et al., (2008), a partir de la revisión de la literatura internacional existente sobre las variables inespecíficas del cambio, concluyen que dentro de las variables del paciente que influyen en los resultados terapéuticos, las principales son: el grado de perturbación, la disposición al cambio y las expectativas preexistentes del paciente, adquiriendo las últimas gran valor.

Por tanto, las características de las expectativas de ayuda en la presente investigación, pueden haber contribuido al éxito de las intervenciones terapéuticas.

En relación a la *Experiencia de la psicoterapia y los cambios*, se observa en primer lugar que los síntomas configuran los motivos que llevaron a los pacientes a consultar. Todos los pacientes llegaron a la psicoterapia motivados por algún malestar; expresando además la necesidad de un cambio (Indicador 6 de la Teoría del cambio subjetivo, Krause, 2005). Es necesaria la existencia de un motivo de consulta (síntomas a los que se les atribuye una causa psicológica) para el inicio de una psicoterapia, lo que resulta un motor para consultar tanto en la clínica privada como en las prestaciones institucionales de psicoterapia.

El motivo de consulta, según Rodríguez (2007) es “una comunicación inicial que denota inquietud y alarma” (p.245). En este sentido, Contino (2015) plantea que lo que comunica el paciente sobre el motivo por el que consulta, introduce la *dimensión subjetiva* o *percepción subjetiva*; la que tiene mucho valor en tanto implica el reconocimiento de aspectos de sí mismo que resultan problemáticos e inquietantes. Supone además la *aceptación de la existencia de un problema* y la *aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda* (primer y segundo indicadores necesarios para el inicio del cambio en la Teoría del Cambio genérico; Krause, 2005). Ambos indicadores contribuyen al proceso de trabajo con el terapeuta, implicando el deseo de cambiar aspectos de sí y la disposición para el cambio.

Todos los pacientes realizan valoraciones positivas de los cambios ocurridos a partir de la psicoterapia, considerando que éstos se han mantenido en el tiempo.

Los cambios han sido tanto en los aspectos que los llevaron a consultar, como en otros aspectos de su vida. Esto surge tanto en el análisis de la entrevista en profundidad como en el cuestionario con opciones múltiples, en el que todos los pacientes consideraron que hubo transformaciones en su vida producto de la psicoterapia y éstas fueron más positivas que negativas (10/10); ayudándolos a sentirse mejor (6/10 mucho, 4/10 suficiente) y manteniéndose en el tiempo (5/10 sí mucho, 5/10 sí suficiente), valorándose positivamente dicho mantenimiento. Surgen también alusiones a altibajos en algunos de los cambios logrados y referencia a áreas en las que no hubo cambios, vinculándolo con la falta de tiempo: “*varias cosas me quedaron pendientes*” (psicoterapia de tiempo limitado). No se reportan resultados negativos.

El meta-análisis realizado por Lambert (2013) indica que los resultados de psicoterapias exitosas son considerablemente estables en el tiempo y su mantención varía de acuerdo con el tipo de padecimiento del que se trate. Winkler et al. (1989), realizan una vasta revisión sobre los factores vinculados con el paciente y afirman que los que menos necesitan psicoterapia son los que más se benefician de ella. Constantino y Angus (2017), hallan correlaciones significativas entre la satisfacción del paciente y los cambios en los síntomas, así como entre el nivel inicial de funcionamiento y el cambio percibido.

La existencia de resultados positivos y mantenidos en el tiempo puede vincularse con las características de la muestra de la investigación: se trata de pacientes con poca o ninguna deficiencia. A pesar de esto, la psicoterapia no puede considerarse una vacuna contra el futuro sufrimiento.

La existencia de altibajos puede vincularse con la duración de la psicoterapia: las investigaciones indican que en los casos de psicoterapia de larga duración los cambios se mantienen más que en las de duración media o corta (Lambert, 2013).

Otro aspecto destacado son los *Cambios en las vivencias de los problemas*. Los pacientes destacan que a partir de la terapia pudieron tener una visión diferente de sus problemas. Esto surge tanto de las entrevistas en profundidad como del cuestionario con opciones múltiples (ante la pregunta acerca de si la psicoterapia contribuyó a tener una visión diferente de sus problemas, todos respondieron que sí: 7/10 sí mucho; 3/10 sí suficiente). Dichos cambios se formularon de diversas maneras.

En este sentido, Elliott (2008) realiza un estudio en el que analiza las experiencias de los pacientes a través de seis investigaciones. En éste, el autor concluye que a menudo los pacientes informan una mejoría en la vivencia de sus problemas y una mejor autopercepción, ambos hallazgos presentes en esta investigación.

En el análisis de las entrevistas en profundidad es posible observar la presencia de diversos indicadores de la teoría del cambio genérico de Krause (2005): Indicador 5: *Descongelamiento* (o cuestionamiento) *de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales* (implica también reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas). Indicador 7: *Reconocimiento de la propia participación en los problemas*. Indicador 12: *Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas*.

Los resultados en relación con los cambios en las vivencias de los problemas, suponen cambios cognitivos, afectivos y comportamentales; dando cuenta del ensamble entre las diferentes dimensiones que componen las vivencias, como engranajes de un mismo proceso (Contino, 2015).

La dimensión *Poder pensar de otra forma*, advierte de un aspecto importante del cambio en la vivencia de los problemas, el que puede ser discutido y analizado en el sentido del logro de mayor capacidad de *insight*³⁴. Este concepto, si bien es polisémico, se traduce como *In* que significa dentro o interno y *sight* que significa visión, ver, es decir vista hacia adentro, lo que denota comprensión, inteligencia, entendimiento, al mismo tiempo que reconocimiento (Bedó, 1988). Según Palma y Cosmelli (2008), el término significa “adquisición de un conocimiento nuevo, de una visión interna (hacia adentro) más profunda respecto de algo que era antes inaccesible, y que se vive con novedad por quien la experimenta” (p.16), tratándose fundamentalmente de conocimientos de tipo subjetivo-reflexivos.

Etchegoyen (1997) conceptualiza al insight como el proceso a través del cual se alcanza una visión nueva y distinta de sí mismo. Conocer es, para el autor, captar una relación que había sido ininteligible para el sujeto. Ese conocimiento de sí cambia entonces la comprensión y el significado de la experiencia.

³⁴ Si bien este concepto surge desde el psicoanálisis y la psicología gestáltica, su importancia y valor para la clínica trasciende dichas corrientes disciplinares, tanto en términos de meta de la psicoterapia, como de componente importante del cambio.

Existe evidencia empírica de que el insight, junto con una mejor conciencia afectiva, es predictor del resultado en psicoterapia (Høglend y Hagtvet, 2019). De acuerdo con esto, un reciente meta-análisis examina la relación entre insight y resultados en 23 estudios; concluyendo que éste es un mecanismo relevante de cambio transversal a diferentes modalidades de tratamiento, que se vincula con los resultados positivos en psicoterapia (Jennissen, Huber, Ehrental, Schauenburg y Dinger, 2018).

Además, un estudio realizado por Greenberg y Malcolm (2002), demuestra que los pacientes que manifiestan un cambio de opinión con respecto a sí mismo, a los demás y a su visión acerca de los problemas, por lo general, obtienen resultados más significativos en el tratamiento. Por lo tanto, estos cambios resultan determinantes para adquirir la sensación de que tienen dominio sobre su realidad.

En cuanto a las subcategorías Vivencias en relación a sí mismo y a los demás al inicio y al finalizar la psicoterapia; los pacientes relatan haber vivenciado cambios en diferentes áreas de su vida a partir de la realización de la psicoterapia.

En cuanto a la autoimagen, los resultados arrojados por la entrevista en profundidad coinciden con los del cuestionario con opciones múltiples. Todos los pacientes consideran que hubo cambios en su autoimagen (8/10 Sí mucho; 2/10 Sí suficiente en el cuestionario con opciones múltiples).

La *autoimagen* o *autoconcepto*, se define como el conjunto de percepciones que una persona mantiene sobre sí misma a partir de la valoración personal y de la evaluación de los otros significativos (Rodríguez-Fernández et al., 2016). Este componente es importante ya que ha sido considerado como variable que predice el bienestar subjetivo vinculándose con la satisfacción con la vida y con las emociones positivas (Diener y Lucas, 2000; Diener, 2009; Joshanloo y Afshari, 2011).

Las expresiones de los pacientes en relación con los cambios en su autoimagen, permiten observar la *aparición de sentimientos de competencia* (décimo indicador de la Teoría del Cambio genérico, Krause, 2005; Krause et al., 2006). Según las investigaciones realizadas por Krause et al. (2006), estos sentimientos le dan al consultante la sensación de tener una evolución más autónoma, produciendo cambios positivos en la autoimagen y fortaleciendo la autoestima.

Se observan también otros indicadores del cambio subjetivo en este apartado: (Ind. 8) *descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo*, (Ind. 9) *manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva* y (Ind. 13) *transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo* (Krause, 2005; Krause et al. 2006).

Los pacientes refieren también a cambios sustanciales en las relaciones de intimidad, en las relaciones sociales y en el funcionamiento cotidiano, tanto en la entrevista en profundidad como en el cuestionario de opciones múltiples. En estas áreas de la vida, los pacientes relacionan la forma de sentirse al inicio de la terapia, con la forma de comportarse y de pensar; estableciendo una clara relación entre los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, y los cambios que se producen en éstos. A modo de ejemplo: *“era todo como muy aburrido”, “no estaba bien con nadie”* al inicio de la psicoterapia; mientras que luego de ésta: *“ahora estoy más calmo y trato de hacer más en calidad que en cantidad”, “no estoy pensando todo el tiempo que me van a cagar”*.

En el análisis de estas áreas puede observarse la presencia de nuevos indicadores del cambio genérico, los cuales son de mayor jerarquía y más abarcativos: *establecimiento de nuevas relaciones entre: aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) aspectos propios y del entorno (personas o sucesos) aspectos propios y elementos biográficos* (Ind. 11); *formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas* (Ind. 14); *enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía* (Ind. 15); *autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico* (Ind. 16) y *reconocimiento de la ayuda recibida* (Ind. 17) (Krause, 2005; Krause et al., 2006).

Las transformaciones reportadas por los pacientes en el entramado de relaciones que establece el sujeto consigo mismo y con su entorno (Contino, 2015) permite visualizar la reestructuración y re significación de vivencias que generaban malestar, así como la creación de nuevas vivencias a partir del proceso terapéutico, posibilitando vivencias de mayor bienestar subjetivo y un mejor funcionamiento a nivel personal e interpersonal (Diener, 2009; Bernardi, 2016).

Dentro de la Categoría Central ***Vínculo terapéutico y cambios***, se discute en primer lugar la subcategoría *El vínculo con el terapeuta como motor del cambio*.

Durante todo el análisis de las entrevistas, surge con insistencia e importancia para los pacientes la relación con su terapeuta como factor que incidió en los cambios, confirmando los hallazgos internacionales y regionales sobre el tema.

Las variables del vínculo y alianza terapéutica son los elementos que han generado mayor interés entre los investigadores. A pesar de la diversidad de abordajes y enfoques en psicoterapia presentes en la actualidad, existe consenso en que dichas variables son los principales factores que inciden en el cambio (factor incluido entre las variables comunes del cambio terapéutico), siendo incorporadas por todas las escuelas psicoterapéuticas “un adecuado vínculo terapéutico puede asegurar el éxito del tratamiento, y por el contrario, un vínculo débil puede llevar al fracaso del proceso” (Fossa, 2012, párr.12). La alianza terapéutica es considerada el principal predictor del resultado de la psicoterapia, siendo el vínculo entre terapeuta y paciente el principal factor curativo (Uribe, 2008). La relevancia atribuida al vínculo terapéutico acentúa la importancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente (Botella y Corbella, 2011).

Los resultados de la presente investigación están en sintonía con lo antes mencionado, ya que el factor que surge con más fuerza en relación con el proceso terapéutico y el cambio ocurrido, es el vínculo con el terapeuta. Estos hallazgos resultan de importancia dado que, a pesar de la intervención de la institución en la asignación del terapeuta, se observa que “hay algo de esa intimidad, caracterizada por esa relación peculiar y única entre el terapeuta y el paciente, que se conserva” (Schroeder. 2002, p.2).

Muchos investigadores consideran que la empatía y calidez del terapeuta son de relevancia para la creación y mantenimiento del vínculo (Bachelor y Horvath, 1999). Asimismo, Hartley y Strupp (1983) confirman que la exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente. Además, Sloane, Straples, Cristol, Yorkston y Whipple (1975) hallaron que cuando se preguntaba a los pacientes acerca de los elementos que consideraban importantes en su mejoría, casi todos ellos respondían haciendo referencia a cualidades generales de los terapeutas. Todos estos elementos están presentes en los discursos de los pacientes estudiados (Confianza en el terapeuta, comodidad y empatía como dimensiones que surgen del análisis en relación con el vínculo terapéutico).

En cuanto a las particularidades del vínculo terapéutico, Elliot y James (1989) en su meta-análisis de los primeros 40 años de investigación en el tema, concluyen que los aspectos privilegiados por los pacientes como más útiles de la terapia son la actitud facilitadora del terapeuta y la autocomprensión, aspectos que se relacionan con el aumento de la autoestima, la mejora en las relaciones interpersonales y la mayor capacidad de control (Elliott y James, 1989). Elliott (2008) realizó una nueva investigación (transversalizando seis estudios que se efectuaron desde diferentes metodologías de investigación). En ésta constata que la relación terapéutica en sus diferentes dimensiones resulta un facilitador de la psicoterapia, en tanto la imposición del terapeuta es un obstaculizador.

Dentro de las particularidades del vínculo terapéutico, la *asimetría* tiene un rol preponderante. Ésta ha sido descrita como uno de los elementos estructurales de dicho vínculo, construyéndose “a través de la definición del terapeuta como experto, la autoevaluación crítica y la aceptación de la necesidad de ayuda” (Krause y Dagnino, 2006, p.291); posibilitando la creación de un ámbito de significados psicológicos como posibilitador para el cambio. La asimetría aparece en nuestra investigación a través de las alusiones que hacen los pacientes al profesionalismo y neutralidad de sus terapeutas (ejs. *“me transmitió tanto profesionalismo que no me dio miedo de nada. Largué todo”, “fue una relación de mucho respeto”*). Este tipo particular de vínculo posibilita hablar y sentirse escuchados,

en términos generales, el cliente percibe la interacción terapéutica como una invitación a la introspección, que correspondería al descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo; a establecer conexiones psicológico-biográficas, expresadas en el establecimiento de nuevas relaciones entre aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.) y elementos biográficos. (Krause y Dagnino, 2006, p.293).

Krause et al. (2006) afirman que mediante la internalización de las reglas de trabajo y de los contextos de significados psicológicos y las interpretaciones, el paciente va tomando mucho de su terapeuta, internalizando lo aprendido, lo que lo lleva a autonomizarse de él.

Todo esto ocurre sobre la base de que los pacientes consideran a sus terapeutas como profesionales idóneos para los fines antes mencionados. A pesar de que ninguno de los pacientes tenía información certera sobre la formación de su terapeuta,

todos presumen en ellos formación y competencias. Esto se vincula con uno de los elementos que destaca Krause (2005) como importante para la fundación y sostenimiento de un vínculo que posibilite el trabajo: considerar al terapeuta como profesional competente. Es sabido que cuando el terapeuta es elegido por el paciente (clínica particular), esto está presente. En nuestro estudio se observa que, al menos en esta pequeña muestra, cuando la mutualista lo asigna, se produce igualmente esta confianza en las competencias del profesional.

Maione y Chenail (1999) afirman que la construcción que hace el paciente sobre su terapeuta es uno de los principales componentes de la relación terapéutica e influye sustancialmente en el curso de la terapia.

En cuanto a la Categoría Central ***Particularidades de la psicoterapia en la mutualista***; lo primero que cabe mencionar es que los usuarios se encuentran conformes con la prestación en términos generales, lo que puede observarse en diferentes momentos de análisis (la psicoterapia colmó las expectativas de ayuda, produjo cambios positivos en la vida de los pacientes, ayudó a sentirse mejor, provocando cambios en los motivos que llevaron a consultar así como en otras áreas de la vida, contribuyendo a un mayor bienestar subjetivo, los pacientes se sintieron cómodos con sus terapeutas, los costos y frecuencia fueron adecuados, entre otros). Esto podría analizarse en términos de la Satisfacción de los usuarios (SU), en tanto ésta es un componente de cabal importancia para evaluar las prestaciones y políticas de salud, así como la calidad de la atención (Seclén-Palacin y Darras, 2005; Rydel, 2015).

Pascoe (1983) conceptualiza a la SU como una respuesta del usuario al encuentro e interacción con un servicio de salud a partir de sus estándares subjetivos.

El interés por la SU es creciente. Si bien en la literatura sobre el tema hay diferencias con relación a cómo evaluarla, hay consenso acerca de la importancia de la opinión de los usuarios como elemento clave para dicha evaluación ya que: “se ha encontrado relación entre la satisfacción, la utilización de los servicios, la conducta terapéutica del paciente, su continuidad y resultados en salud” (Seclén-Palacin y Darras, 2005, p.128).

Diversos estudios demuestran la relación significativa entre la satisfacción de los pacientes y los logros del tratamiento psicoterapéutico (cambio sintomático y nivel de funcionamiento) (Holcomb et al., 1998). Estos hallazgos están en consonancia con los

resultados de la presente investigación y además resaltan el valor del constructo *Satisfacción de los Usuarios* como elemento a considerar en la evaluación de resultados en salud.

Dentro de las características de la prestación, la accesibilidad fue el primer elemento valorado por los pacientes, sintetizándose en la expresión: “Si no hubiera sido por la mutualista, no hubiera accedido” (subcategoría).

Según Donabedian (1973) la accesibilidad es un factor mediador entre la capacidad de las prestadoras de salud de producir servicios y las posibilidades reales de la utilización de dichos servicios. Frenk (1985) la define como “el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud, el proceso de búsqueda y obtención de la atención” (p.442). Ésta es más que la mera disponibilidad de determinado recurso, porque supone además que las características de dicho recurso lo vuelvan utilizable para los usuarios.

A partir del análisis se observa cómo esto ocurre con las prestaciones en psicoterapia. El recurso de la psicoterapia resulta accesible en tres sentidos para el grupo estudiado: (1) poder costear la prestación (accesibilidad desde el punto de vista económico) y (2) conocer acerca de la prestación y llegar a ella (accesibilidad informacional) y (3) la organización de la institución para prestar el servicio (accesibilidad institucional).

Las resistencias (entendidas como el conjunto de obstáculos e impedimentos para la obtención de la atención) fueron menos significativas que los facilitadores para que los usuarios accedan a la prestación.

(1) Del análisis de las entrevistas en profundidad surge que el factor económico fue el más destacado en tanto posibilitador del acceso a la psicoterapia de parte de los pacientes. Este fue el motivo por el que decidieron iniciar psicoterapia en su mutualista. El resultado del cuestionario con opciones múltiples aporta información en este sentido, en tanto la mayoría de los pacientes consideran que existió una muy buena relación entre los costos económicos del tratamiento y la calidad de la atención (7/10 muy buena, 2/10 buena y 1/10 regular). Para la mayoría de los pacientes, se trató de la primera experiencia de psicoterapia (7/10) y los que habían consultado previamente, lo habían hecho en el contexto de otras prestaciones institucionales en psicoterapia (3/10).

(2) En cuanto a la trayectoria de los pacientes hasta la psicoterapia como aspecto vinculado con la accesibilidad; Krause (2005) plantea que ésta se relaciona con lo que denomina *Fase de búsqueda de ayuda profesional* (primera fase del cambio de acuerdo con su Teoría sobre el Cambio genérico). El cambio comienza antes del inicio de la psicoterapia, cuando el paciente reconoce que tiene un problema y que necesita ayuda para resolverlo, ante lo que iniciará un recorrido por los sistemas de asistencia, recorrido que finaliza provisoriamente cuando logra encontrar respuestas adecuadas a su problema.

Krause (2005) afirma que un paso importante en la consecución de cambios se vincula con la trayectoria que hace el sujeto hacia el lugar en el que recibirá ayuda. El camino que realice se vincula con su contexto sociocultural. Influyen en este sentido el conocimiento que tenga sobre las ofertas de ayuda profesional, sus modelos explicativos o teorías de enfermedad y el funcionamiento del sistema de ayuda; teniendo importancia la percepción o dimensión subjetiva que tenga el paciente sobre su problema (Krause et al., 2006).

Muchas veces la fase de búsqueda de ayuda profesional va acompañada de una vivencia de crisis ya que implica por un lado reconocer los propios límites en la exploración de soluciones al padecimiento, y por otro interrogarse sobre los modos de resolución de los problemas y los patrones explicativos usados hasta ese momento.

En la presente muestra, la mayoría de los pacientes llegan derivados por otros profesionales del campo de la salud, entre ellos psiquiatras y médicos tratantes (8/10). Es posible que este hecho esté relacionado con lo que Krause (2005) denomina el contexto sociocultural, en el que habría un relativo desconocimiento de la existencia de este recurso a nivel mutuo; incidiendo también en la forma de llegada a la psicoterapia, las teorías de enfermedad de los usuarios. Como se observó en el análisis, varios pacientes mencionan que acuden al médico por otros problemas que requieren atención médica y que no perciben como psicológicos (malestar físico y síntomas de diversa índole) y es en esta instancia que los médicos abordan la derivación al programa de salud mental para que reciban atención psicológica. Esta observación coincide además con lo constatado mediante la revisión de historias clínicas.

La existencia de las psicoterapias en el sistema de salud, como hecho novedoso en nuestro país, posibilita que sujetos que ingresen al sistema por problemas que

consideran médicos, realicen un recorrido que les permita llegar a las psicoterapias. Esta realidad configura una posible diferencia con las psicoterapias realizadas en contexto privado, implicando además la incorporación real de las psicoterapias a los recursos sanitarios, volviéndola una posibilidad asequible para los pacientes. Esto acerca la posibilidad de brindar respuestas asistenciales integrales, desde una concepción global de la salud.

Además, tanto en las historias clínicas como en las entrevistas en profundidad, se advierte que antes de ser derivados al programa, los pacientes transitan por varias terapéuticas y consultas médicas: *“si hubiera encontrado antes, si hubiera ido antes, capaz que no hubiera llegado a un extremo así”*. Lo expuesto concuerda con los resultados de una investigación realizada en el Programa de Psicoterapias del Hospital de Clínicas. Los autores afirman que

el programa no toma contacto con los pacientes al producirse la afectación subjetiva o psicosocial sino luego de uno o más eslabones (Emergencia, Policlínica General, Policlínicas Especializadas); recién cuando los estudios y las terapéuticas allí realizadas han fracasado o el curso evolutivo es azaroso o se complica, los pacientes son dirigidos al programa de psicoterapia. (Fernández et al., 1995, p. 36)

En este sentido interesa destacar también que a diferencia de lo que ocurre con las psicoterapias en el contexto de la clínica particular, en este caso los pacientes no inician su búsqueda por el campo *psi*. Coincidentemente con esto, Schroeder (2002) afirma que la demanda que realizan los pacientes en las psicoterapias en contextos institucionales no es hacia la persona del terapeuta, sino que es hacia la institución y las vías de entrada son múltiples (emergencias, consultas médicas, etc.).

(3) El pasaje de los pacientes por el comité de recepción forma parte también de la trayectoria de los pacientes hasta la psicoterapia, poniéndose en juego la confianza de los pacientes en su prestadora de salud que es la que asignará su terapeuta. La confianza en la prestadora se transformará posteriormente en la confianza en el terapeuta, facilitando el establecimiento de una alianza que posibilite los cambios. En este sentido Krause y Dagnino (2006) plantean que la aceptación del terapeuta como profesional competente es un requisito y condición necesaria para el comienzo del proceso de reflexión acerca de los problemas y preocupaciones del consultante. En este caso, se observa que la coincidencia con la definición de competencia profesional

deberá producirse primeramente con la mutualista y con el Comité de Recepción por el que pasan los usuarios, radicando allí la importancia de la confianza en la mutualista y el comité.

En el cuestionario con opciones múltiples, cuando se indaga acerca de cómo calificarían el proceso desde que decidió consultar hasta que accedió al psicoterapeuta, las respuestas fueron: muy bueno 4, bueno 3, regular 3. En las entrevistas en profundidad, los pacientes reportan una demora de entre 1 y 2 meses para acceder al psicoterapeuta, distinguiendo entre el componente temporal (consideran que no fue largo) y la experiencia subjetiva: *se les hizo largo*.

En cuanto a la subcategoría Aspectos referentes al encuadre, en el campo de la psicoterapia Etchegoyen (1997) afirma que el encuadre “supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar” (p.584). Bleger (1967) lo conceptualiza como las constantes de un fenómeno, constantes que hacen posible que el proceso ocurra. Afirma que ningún proceso terapéutico puede darse si no hay ciertos lineamientos dentro de los que pueda transcurrir. El encuadre tiene que ver entonces, con la *forma* que se le da a un determinado *contenido* (el proceso).

Tradicionalmente se distingue entre encuadre externo y encuadre interno.

El *encuadre externo* refiere al tiempo, frecuencia, lugar, honorarios, recuperación o no de las sesiones, etc. Este marco se pretende más o menos fijo y resulta facilitador y organizador del trabajo. Su transgresión tiene un potencial clínico para el análisis.

Los aspectos vinculados con el encuadre externo son tradicionalmente estipulados por los terapeutas, en cambio, en este nuevo contexto, algunos de estos elementos son definidos por el prestador de salud bajo los lineamientos del MSP. A pesar de ello, las vivencias de los pacientes en relación con el encuadre denotan comodidad con las reglas acordadas: frecuencia adecuada para la totalidad de los pacientes (tanto en entrevistas en profundidad como en cuestionario con opciones múltiples), sin surgir referencias valorativas explícitas en relación al tiempo de la sesión, lugar, etc.

El encuadre interno (actitud interna del clínico) posibilita la creación de unas condiciones para el trabajo y de un vínculo terapéutico más allá de las reglas tempo-

espaciales. Dicho vínculo debe facilitar el encuentro, respetando la subjetividad de cada paciente (Hernández, 2009). A pesar de la intervención de la institución prestadora en los procesos terapéuticos y de los cambios que esta intervención produce tanto para los pacientes, como para los terapeutas; es dable observar que la actitud interna del terapeuta posibilitó la creación y sostén del espacio de trabajo. En este sentido Hernández (2009), plantea que “lo que el paciente capta implícitamente, sobre todo, es que hay alguien allí, junto a él, que (...) está intentando entender y es esta actitud mental (...) la que se convierte en el elemento básico de contención y de esperanza recobrada” (p.689). Además, la autora agrega que es importante

esta disposición flexible que posibilite la construcción, junto con el paciente, de momentos de encuentro auténtico y de una nueva experiencia de relación (...) Se hace imprescindible, pues, ir más allá de una técnica fija y rígida aplicada por igual a todos los pacientes, para respetar la individualidad. (Hernández, 2009, p.694)

La disposición interna del terapeuta posibilitó el establecimiento del vínculo terapéutico, elemento considerado por los pacientes entrevistados como un factor privilegiado para los cambios ([Ver 5.3.2. Categoría Central: Vínculo terapéutico y cambios](#)).

El aspecto más *problemático* en relación al encuadre es la duración limitada de la psicoterapia. La mitad de los pacientes consideran que el tiempo de la psicoterapia fue adecuado mientras que para la otra mitad no lo fue (cuestionario con opciones múltiples). Asimismo, aún entre aquellos que consideran que el tiempo fue adecuado, muchos vivieron la finalización del tratamiento como algo arbitrario, que no se vinculó directamente con el proceso de trabajo.

Las vivencias en torno a la finalización de las psicoterapias se anudan con la duración, en cuya regulación parece tener un rol preponderante el manejo que haga el terapeuta de la limitación temporal que implica la prestación.

Alojar psicoterapias en los contextos institucionales implica abrir la posibilidad de atención a pacientes de diversas realidades sociales y económicas y no hay dudas de que esto es un logro tanto para la disciplina como para el sistema de salud. La creación de una política de acceso universal supone necesariamente regular los modos y características de acceso, al mismo tiempo que establecer alguna forma de

limitación temporal, siendo éste un punto problemático. Todos los países que incluyen este tipo de prestaciones establecen alguna forma de regulación temporal (en cantidad de sesiones, extensión de la terapia en el tiempo u otras modalidades). En este sentido, Mazover (2010) reflexiona acerca de que si las psicoterapias institucionales no tuvieran un límite de tiempo, no habría posibilidad de “promover asistencia clínica a la numerosa cantidad de pacientes que consultan en las instituciones” (párr.3).

Por su parte, explicitar un tiempo de duración para los tratamientos es para los terapeutas articular la dimensión institucional en el encuadre (Schroeder, 2002). Para el clínico, constituye una paradoja limitar el tiempo de duración y al mismo tiempo respetar la singularidad de cada proceso y de cada sujeto. Zytner (2011) reflexiona en torno a las prestaciones en psicoterapia brindadas en el SAPPA (las que comparten una serie de características con las prestaciones del SNIS); interrogándose acerca de si es posible lograr modificaciones subjetivas en intervenciones con límite de tiempo, en este sentido, la autora afirma que las modificaciones subjetivas dependen de dichas intervenciones, pero además "del campo creado entre el paciente y el clínico, del encuentro entre ambos, de la posibilidad de interlocución, que no atañe necesariamente al tiempo cronológico acordado previamente desde lo institucional" (p.37). En este sentido, Fernández (2013) se interroga acerca de “¿Cómo sostener la hospitalidad de los dispositivos clínicos en contextos diferentes a aquellos en los que surgió la psicoterapia como tal?” (p.87). En respuesta a esto propone la idea de hospitalidad no solo como una escucha que aloje, sino también como una actitud clínica en la que desde dicho alojamiento operen intervenciones que produzcan cambios.

Se destacan además dos puntos de encuentro de nuestra investigación con los resultados de una investigación realizada acerca de la perspectiva del paciente en el contexto de las prestaciones de psicoterapia de los servicios nacionales de salud del Reino Unido (Ward, Wood y Awal, 2013): ambas investigaciones coinciden en la valoración positiva y satisfacción general que realizan los usuarios con respecto a la psicoterapia; concordando también en la experiencia de mejoría obtenida. Asimismo, ambas investigaciones concluyen en la importancia dada por los pacientes al tema de la duración de la psicoterapia, reportando la sensación general de que ésta fue demasiado breve.

En cuanto a los *registros institucionales* acerca de los procesos psicoterapéuticos, la revisión de las historias clínicas nos permitió acceder a un hallazgo inesperado que no

se encontraba entre los aspectos previstos a abordar en esta investigación y que si bien no se enmarca específicamente en el problema de investigación planteado ni en los objetivos propuestos, merece ser abordado teniendo en cuenta además que la flexibilidad del diseño metodológico propuesto así lo permite.

En las historias clínicas hay escasa información acerca del proceso terapéutico y su evaluación, lo que dificulta las posibilidades de monitoreo de la prestación por parte de la institución que debe ser regulante y garante de dicho proceso. Además, la ausencia de dicha información limita las posibilidades de los pacientes de acceder a información acerca de su tratamiento, siendo éste su derecho (Ley 18.335 Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Sistema de Salud (2008b)).

En este sentido interesa destacar el valor de protocolizar los registros, de forma que permitan la evaluación intrainstitucional y la comparación interinstitucional de procesos y resultados. Un posible camino de registro de la información referente al diagnóstico y plan terapéutico es la Formulación Clínica del Caso³⁵ (FCC) la que en la actualidad es considerada, junto con la historia clínica, “un documento fundamental que está en la base de cualquier sistema que procure aumentar la seguridad para el paciente y avanzar en el monitoreo y la mejora de la calidad de la asistencia” (Bernardi et al., 2016, p.40),

³⁵ LA FCC tiene por finalidad conceptualizar y presentar los casos clínicos de manera breve, integrando un plan terapéutico al servicio del tratamiento (Bernardi et al., 2016). Está centrada en el paciente y apunta a identificar tanto sus vulnerabilidades como sus fortalezas y potencialidades.

Capítulo 7: Conclusiones

En primer lugar, es pertinente señalar que la investigación logró responder a las preguntas propuestas, lo que permite concluir que el diseño metodológico resultó adecuado a los propósitos de la investigación, posibilitando abordar el problema en la extensión y profundidad esperadas. Los objetivos formulados se han cumplido, discutiéndose los hallazgos en relación a aspectos teóricos y a resultados de investigaciones internacionales.

El estudio confirma la validez de la opinión del paciente, en este caso las vivencias, como fuente de información para la investigación, las que resultan imprescindibles para el análisis de esta política pública. Los resultados expuestos sostienen entonces, el *valor del análisis de las vivencias del paciente* como un importante aporte que permite dar voz a los usuarios, analizar sus experiencias subjetivas acerca del proceso terapéutico y su contexto de realización. Las vivencias son entonces de utilidad para evaluar la efectividad y eficiencia de las psicoterapias en el SNIS y contribuir a la creación de evidencia.

Se sabe que

la idea de una práctica basada en la evidencia no es fácil de incorporar (...). Aún estamos acostumbrados a pensar que la clínica es soberana, lo cual es cierto en el momento mismo de la toma de decisiones, pero esto no nos exime de la exigencia de fundamentar estas decisiones en la mejor evidencia disponible. (Bernardi, 1999, p.4)

La incorporación de las prestaciones en psicoterapia implica un desafío hacia la forma tradicional del ejercicio de éstas, lo que hace imprescindible el estudio de procesos y resultados en relación con las particularidades de las prestaciones, de modo de sentar las bases para los cambios necesarios en el nuevo contexto, para “deconstruir el modelo de la práctica privada, conservando lo que de él es útil, para así dar lugar y construir un dispositivo inmanente a los requerimientos institucionales” (Schroeder, 2002, p.3).

Se considera necesario sistematizar qué aspectos de las vivencias del paciente resultan más útiles para su inclusión sistemática como parte de la necesaria evaluación de resultados que permita justificar la pertinencia y efectividad de los

tratamientos psicoterapéuticos en el marco del SNIS. Si bien los resultados obtenidos sobre las vivencias de los pacientes en el presente estudio no son generalizables, por tratarse de una pequeña muestra seleccionada por conveniencia, los datos obtenidos mediante el análisis y que fueron enriquecidos en la discusión, permiten identificar aspectos de importancia, de acuerdo con los objetivos planteados; los que en futuras investigaciones podrían ser considerados como predictores del éxito terapéutico desde la perspectiva de los pacientes.

- *Acerca de los aportes al conocimiento sobre las vivencias de usuarios que hayan realizado procesos psicoterapéuticos en el marco del SNIS, en relación a los cambios autopercebidos a partir de la psicoterapia.*

La existencia de *expectativas* realistas en relación con los beneficios que los pacientes esperaban obtener del tratamiento y la satisfacción con el resultado de la terapia coinciden con investigaciones que señalan la existencia de una relación significativa entre la satisfacción de los pacientes y los logros del tratamiento psicoterapéutico (Santibáñez et al., 2008), así como entre el nivel inicial de funcionamiento y el cambio percibido (Constantino y Angus, 2017).

La referencia a *necesidad de un cambio* que implica la aceptación de la existencia de un problema, de los propios límites para abordarlo y el reconocimiento de la necesidad de ayuda, son todos componentes que contribuyen al proceso de trabajo con el terapeuta (Krause, 2005).

Se reportan *cambios* en los motivos que los llevaron a consultar y también en otras áreas de su vida, expresando que los cambios se han mantenido en el tiempo, aspecto también señalado como predictor positivo en otras investigaciones (Lambert, 2013). Surgieron también referencias a áreas o zonas de no cambio, que los pacientes vincularon con la duración limitada del tratamiento. Los cambios se visualizan en distintas áreas que se agruparon esencialmente en modificaciones de la autoimagen, relaciones íntimas, relaciones sociales en general y funcionamiento cotidiano. De una autoimagen deteriorada, relaciones de intimidad caóticas, sensación de aislamiento en las relaciones sociales y un funcionamiento cotidiano sin lugar para el disfrute, se transitó hacia una autoimagen más fortalecida, mayor apertura a nuevos vínculos, expresión de sentimientos y afectos con más libertad, aumentando la capacidad de disfrute en la vida cotidiana y mejor relacionamiento social.

Los indicadores detectados coinciden con una serie de Indicadores genéricos del cambio (Krause, 2005; Krause et al., 2006), los que se detallaron y analizaron en los Capítulos 5 y 6.

La adquisición de una *visión diferente de los problemas* supuso modificaciones afectivas, cognitivas y comportamentales. Los pacientes enfatizan en que, a partir de la terapia pudieron pensar, reflexionar y analizar diferentes aspectos de su vida, destacándolo como un componente importante para transitar por las situaciones de otra manera y tener una visión diferente de sus problemas. Esto implica mayor capacidad de insight, en tanto adquisición de nuevos conocimientos subjetivos-reflexivos sobre sí mismos y sobre los demás. La evidencia disponible demuestra que el insight es un predictor de resultado positivo en psicoterapia (Greenberg y Malcolm, 2002; Jennissen et al., 2018), valorándose como mecanismos de cambio al insight junto con los afectos vinculados a éste (Høglend y Hagtvet, 2019). En las diversas áreas afectadas, los pacientes relacionaron la forma de sentirse al inicio de la terapia con su forma de pensar y actuar, al mismo tiempo que vincularon los cambios en los afectos con los cambios conductuales; estableciendo una clara relación entre estas dimensiones del cambio (afectos, cogniciones y comportamientos).

La metáfora compartida *“sacarme todo ese peso”*, permite figurar la experiencia de cómo llegan los pacientes a la terapia (*“cargando kilos y kilos”*) y los cambios que se producen.

Todas estas transformaciones implican cambios en el entramado de relaciones que establece el sujeto consigo mismo y con su entorno y supone la reestructuración y resignificación de vivencias que generaban malestar, así como la creación de nuevas vivencias a partir del proceso terapéutico, lo que posibilita mayor bienestar subjetivo y un mejor funcionamiento a nivel personal e interpersonal.

- *Acerca del análisis de los aspectos de la psicoterapia con los que los usuarios de las prestaciones vinculan los cambios.*

La *alianza terapéutica* tuvo un rol preponderante entre los factores facilitadores del cambio y predictores de éxito terapéutico lo que está en consonancia con las investigaciones internacionales (Lambert, 2013; Elliot, 2008); acentuando la importancia de la dimensión relacional como posibilitadora de los cambios. La

confianza en el terapeuta y la empatía (poder hablar y sentirse escuchado) adquieren valor fundamental.

La asimetría en el vínculo terapéutico, tal como lo resalta la literatura sobre el tema (Krause y Dagnino, 2006) es importante así como el reconocimiento del terapeuta como profesional competente (Krause, 2005).

En el caso de las psicoterapias en contextos institucionales, resulta de importancia la confianza del paciente en la institución prestadora de salud que asigna al terapeuta con el que trabajará cada paciente, mediante el pasaje por el comité de recepción. Dicha confianza con la institución podría ser fundamental para el establecimiento de una alianza de trabajo con el terapeuta.

- *Acerca de la indagación de las vivencias de los usuarios en relación con las características de las prestaciones en psicoterapia del SNIS.*

La *accesibilidad* tiene valor privilegiado para los pacientes, siendo un aspecto novedoso de las psicoterapias en contextos institucionales. El recurso de la psicoterapia resultó accesible para el grupo estudiado en relación a: (1) poder costear la prestación (accesibilidad desde el punto de vista económico, aspecto que los pacientes remarcaron especialmente) y (2) poder saber de ella y (3) contar con una institución organizada para prestar el servicio (accesibilidad institucional).

Se trata de una población que no accedió a terapias privadas y posiblemente no hubiesen accedido si no fuera a través de las prestaciones del SNIS, lo que resulta importante en tanto es un paso más hacia la equidad en la atención de salud.

En cuanto a la *trayectoria de los pacientes hasta la psicoterapia*, la mayoría de ellos llegaron derivados por otros profesionales del campo de la salud. Varios de ellos asistieron a consultas médicas, aquejados por malestares y dolencias a las que les atribuían una explicación orgánica. Se observa que los pacientes muchas veces no inician su búsqueda por el campo *psi*, realizando una demanda primeramente a la institución prestadora de salud. En este sentido, las vías de entrada son múltiples, resultando de interés que otros profesionales de la salud actúen como vía de ingreso a las psicoterapias, permitiendo concluir que el recurso de las prestaciones en salud mental está comenzando a ser integrado como parte de las respuestas en salud por los profesionales. Este fenómeno implica un cambio progresivo en la mirada médica

ante el sufrimiento psicológico, tratándose de una diferencia con respecto a las psicoterapias realizadas en el contexto de la clínica particular.

Del análisis de las entrevistas en profundidad así como de la revisión de historias clínicas surgió además que los pacientes transitan por varios eslabones de la asistencia en salud antes de acceder a la psicoterapia (Médicos, especialistas, Emergencia, etc.). Este resultado es coincidente con una investigación realizada en nuestro país, en el Programa de Psicoterapias del Hospital de Clínicas (Fernández et al., 1995), al mismo tiempo que concuerda con el hallazgo de Fernández (2017), acerca de la desinformación sobre los nuevos derechos y prestaciones por parte de la población destinataria de éstos.

Desde el punto de vista individual, para acceder a las psicoterapias, los pacientes deben transitar por un proceso de aceptación de la existencia de problemas que tienen una explicación de tipo psicológica, reconociendo que para resolverlos necesitan ayuda de un profesional competente. Este proceso puede ser facilitado por quienes reciben a los pacientes dentro del sistema de salud.

Resulta pertinente entonces la recomendación de promover una mayor capacitación de los profesionales de la salud con relación a los malestares psicológicos que se presentan como síntomas físicos, así como para la creación de condiciones que posibiliten a los pacientes hablar sobre su estado anímico mediante preguntas específicas, acompañadas de una actitud habilitadora.

Por otra parte, se sugiere también brindar más información a los pacientes en relación con el sufrimiento psicológico y los recursos disponibles dentro del sistema de salud para su abordaje.

Estos aspectos contribuirían al movimiento más rápido del paciente desde la demanda de atención médica hacia la aceptación de problemas psicológicos que requieren una atención especializada, lo que ahorraría gastos en consultas y estudios innecesarios, pero fundamentalmente sufrimiento a los pacientes.

En cuanto a los *tiempos* de transcurridos desde la decisión de consultar hasta el comienzo de la psicoterapia, los pacientes reportaron una demora de entre uno y dos meses, distinguiendo entre el componente temporal (consideran que no fue largo) y la experiencia subjetiva: *se les hizo largo*.

En cuanto al *encuadre* de trabajo, son muchos los elementos del mismo en los que interviene la institución prestadora en los procesos psicoterapéuticos (aranceles, selección de terapeuta, duración de la terapia, etc.), lo que resulta una diferencia sustancial en relación con los contextos tradicionales de realización de psicoterapias. Los aspectos a los que los usuarios le dieron mayor importancia fueron la duración y los bajos costos. La mitad de los pacientes consideraron que el tiempo fue corto y que hubieran necesitado seguir. Esto es coincidente con los resultados de una investigación realizada en las prestaciones psicoterapéuticas del Reino Unido (Ward, Wood y Awal, 2013). Los pacientes vivieron la finalización de la psicoterapia como algo que no tuvo relación directa con el vínculo ni el proceso terapéutico. Resulta entonces un desafío para los terapeutas poner a jugar el tiempo limitado por la política pública con la tradición clínica, articulando la dimensión institucional en el encuadre (Schroeder, 2002).

En este sentido es recomendable fortalecer la función de enlace entre la institución prestadora y los terapeutas. Además, sería importante que los terapeutas sean especialmente conscientes del tiempo de duración de la psicoterapia para explicitarlo a sus pacientes, así como para ponerlo en juego tanto en la forma de trabajo como en la planificación de la psicoterapia y del cierre del proceso.

En cuanto a los *registros institucionales* acerca de los procesos terapéuticos, mediante la revisión de historias clínicas se encontró como hallazgo inesperado la escasa información acerca del proceso terapéutico y su evaluación. En este sentido se sugiere incorporar la Formulación Clínica del Caso como una posible forma de registro que garantiza la seguridad para el paciente, al mismo tiempo que facilita el monitoreo y mejora la calidad asistencial, permitiendo evaluar los tratamientos realizados.

7.1. Limitaciones y dificultades de la investigación

En relación con las *dificultades*, la principal enfrentada en esta investigación estuvo vinculada con el acceso a la muestra: las instituciones mutuales presentaron múltiples obstáculos para habilitar el acceso a la muestra necesaria para llevar adelante la investigación. Se considera que esta dificultad puede estar vinculada con la escasa tradición investigativa existente en Uruguay en el área de conocimientos de la presente tesis, realidad que conlleva a desconocimientos y resistencias por parte de los clínicos y las instituciones.

La principal *limitación* del estudio es que se trata de una investigación de carácter exploratorio, para el que se utilizó una muestra seleccionada por conveniencia (muestra de carácter aleatorio, no probabilístico). Estas características del estudio hacen que los resultados presentados no sean generalizables.

Asimismo, en relación con la muestra, los criterios de selección dejan fuera los pacientes que abandonan la psicoterapia. Esta decisión puede implicar sesgos hacia los resultados positivos, teniendo en cuenta que los estudios indican que los pacientes que continúan sus psicoterapias lo hacen porque encuentran en ellas algún beneficio.

7.2. Investigaciones futuras y aportes de la investigación

Dadas las escasas investigaciones existentes en el medio en relación al problema de investigación propuesto, el presente estudio resulta pertinente. Las dimensiones indagadas y analizadas permiten tener una visión global del tema propuesto y posibilitan la formulación de hipótesis para futuras investigaciones.

Para continuar esta línea, sería deseable la selección de muestras representativas, siendo para esto esencial que los organismos rectores de la salud valoren la necesidad de investigaciones en este campo.

Desde el punto de vista metodológico, sería recomendable profundizar en la triangulación entre diferentes técnicas, entendiéndose que: “como en navegación o topografía, triangular significa mirar un mismo fenómeno desde distintos ángulos, lo cual aumenta la amplitud, diversidad e imparcialidad de la observación” (Bernardi, 2018, p.18).

La triangulación de los resultados ha de profundizarse sin perder de vista que la investigación clínica debe centrarse siempre en el paciente y desde allí articular lo cuantitativo con lo cualitativo: los datos de tipo estadístico deben ser comprendidos solamente en el contexto en el que se generan, los que incluyen insoslayablemente la subjetividad del paciente. En este contexto, “la capacidad de escucha del médico o del investigador continúa siendo la base desde la cual desarrollar metodologías científicas más adecuadas, que no pierdan por el camino aquello que precisamente pretenden aprehender” (Bernardi, 1999, p. 5).

Otra recomendación hacia futuras investigaciones es la de conocer y analizar la perspectiva de los psicoterapeutas sobre los cambios que se logran (o no) en los

pacientes, así como acerca de los factores que propician o dificultan dicho cambio. Esto permitirá poder comparar la perspectiva de los terapeutas con las vivencias de los pacientes, para poder analizar convergencias y divergencias y avanzar en la comprensión del fenómeno en las condiciones reales de aplicación del programa.

La investigación implica **aportes** que podrían agruparse en tres áreas fundamentales: aportes para la academia, para la salud pública y para la psicoterapia en contextos institucionales.

- Para la *academia* en tanto resulta una contribución a un campo de investigación que tiene una amplísima trayectoria internacional, pero un lento desarrollo aún en nuestro medio. Articular la investigación de procesos y resultados, desde la perspectiva de los pacientes, con relación a una política pública del impacto del SNIS, contribuye a generar conocimientos sobre un tema actual, local y trascendente para la academia, mediante un saber que aporta a los campos de conocimiento de la práctica clínica y las políticas públicas, aportando a restablecer el puente entre investigadores y profesionales.

- Para la *salud pública* en tanto podrá utilizar los hallazgos para revisar lineamientos y prácticas institucionales, fomentando algunas y modificando otras en función de la visión de las personas más importantes en lo referente a la implementación de estas prestaciones: sus usuarios.

- Para el *campo de saber de las psicoterapias* en tanto permite recoger múltiples elementos que hacen a la práctica clínica en contextos institucionales y que es necesario repensar, conceptualizar y discutir desde el punto de vista de quienes son destinatarios de nuestras prácticas y de quienes necesitan del mejor ejercicio profesional que sea posible como compromiso ético con la profesión y con los pacientes.

Referencias bibliográficas

- Acuña, R. y Sánchez, D. (2014). Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay (PISMU). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 196–219. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/07_ASM_01.pdf
- Abela, A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Fundación Centro Estudios Andaluces*, 10(2), 1-34. Recuperado de <https://perio.unlp.edu.ar/tesis/sites/perio.unlp.edu.ar.tesis/files/S200103-Las%20t%C3%A9cnicas%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20Contenido%20-%20Una%20revisi%C3%B3n%20actualizada.pdf>
- Aguiar, C. y Lima, M. (setiembre, 2009). ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas? *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm>
- Aguiar, F. y Meurer R. (2011). A Clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e Possibilidades. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(1), 40-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282021809005>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Buenos Aires: Panamericana.
- American Psychological Association. (9 de agosto de 2012). *Research shows psychotherapy is effective but underutilized*. Recuperado de <https://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/psychotherapy-effective>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: [10.1037/0003-066X.61.4.271](https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271)

- Arias, M., Suárez, Z. y Ramos, F. (2009). La Accesibilidad en tiempos de Reforma ¿La Psicología aporta? En S. Rudolf (Ed.), *Accesibilidad y Participación Ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología* (PP. 112-140). Montevideo: Fin de Siglo.
- Ávila, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 87, 67-84. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300005
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan, y D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Bardín, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bedó, T. (1988). Insight, perlaboración e interpretación. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 68, 39-55. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719886804.pdf>
- Bernardi, R. (1996). Investigaciones clínicas e investigaciones empírica sistemática en psicoanálisis. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 84/85, 56-68. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/168872471996848506.pdf>
- Bernardi, R. (1999). Desarrollos actuales en Psicología Médica. En *1º Congreso uruguayo de psicología médica y medicina psicosocial* (pp. 11-23). Montevideo: Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial.
- Bernardi, R. (2018). ¿Qué es la investigación clínica? En F. Gómez (Ed.), *Psicoanálisis latinoamericano contemporáneo* (pp. 967-990). Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. y Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 99-146. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf

- Bernardi, R., De Souza, L., Miller, D., Oyenard, R., Varela, B. y Zytner, R. (2016). *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. Montevideo: Grupo Milagro.
- Bernardi, R., Montado, G., Defey, D., Darakjian, W., Lodeiro, M., Peña, M. y Rubio, C. (2000). Psicoterapia dinámica focal: evaluación de resultados a través de múltiples evaluaciones. En S. Gril, A. Ibáñez, y S. Mosca (Eds.), *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados*. Pelotas: SPR. Educat.
- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260. doi: [10.1037/h0085885](https://doi.org/10.1037/h0085885)
- Botella, J. (2000). El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicothema*, 12(2), 176–179. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/273.pdf>
- Botella, L. (2002). Investigación en psicoterapia y salud mental. doi: [10.13140/RG.2.1.2883.6884](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2883.6884)
- Botella, L. y Corbella, S. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- Botella, L. y Corbella, S. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Visión Net.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21–33. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N101-2.pdf>
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En J. García y M. Garrido (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.

- Botella, L. y Figueras, S. (1995). Cien años de psicoterapia: ¿el porvenir de una ilusión o un porvenir ilusorio? *Revista de psicoterapia*, 6(24), 13-28. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/219235803/cien-anos-de-psicoterapia-el-porvenir-de-una-ilusion-o-un-porvenir-ilusorio>
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2(1), 53-82. Recuperado de <https://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/3>
- Casaroti, H. (2015). Legislación en «psiquiatría» y «salud mental» en Uruguay. *Revista uruguaya de Psiquiatría*, 79(2), 137-151. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2015/12/07_ASM.pdf
- CIFRA (2012). Atención a la salud en Uruguay Informe de opinión pública. Recuperado de https://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2012/noticias/NO_F216/informe.pdf
- Cho, J. y Lee, E. (2014). Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. *The Qualitative Report*, 19(64), 1-20. Recuperado de <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol19/iss32/2>
- Connolly, M. y Strupp, H. H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6(1), 30-42. doi: [10.1080/10503309612331331558](https://doi.org/10.1080/10503309612331331558)
- Constantino, M. J. y Angus, L. (2017). Clients' Retrospective Accounts of Corrective Experiences in Psychotherapy: An International, Multisite Collaboration. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 73(2), 131–138. doi: [10.1002/jclp.22427](https://doi.org/10.1002/jclp.22427)
- Contino, S. (2015). *Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario* (Tesis de Maestría). Universidad de la República, Uruguay. Recuperada de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5478/1/Contino,%20Silvana.pdf>
- Cwaigenbaum, D. y Hoffnung M. (2013). Intervenciones psicoanalíticas en el marco del nuevo Programa Nacional de Salud Mental del Uruguay. Primeras Reflexiones. *Revista de*

Psicoterapia Psicoanalítica, 8(2), 39-50. Recuperado de <http://www.bvspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272013080204.pdf>

Dagnino, P., De Parra, G., Jaramillo, A., Crempien, C., Padilla, O., Gómez-Barris, E., ... Rodríguez, S. (2014). El Devenir del Cambio: Cómo es y hacia dónde se dirige. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 23–40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281943266004.pdf>

De Corral, P. y Echeburú, E. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/306535413_Eficacia_de_las_terapias_psicologicas_De_la_investigacion_a_la_practica_clinica

Defey D., Elizalde J. y Rivera J. (1995). *Psicoterapia Focal*. Montevideo: Roca Viva.

De Souza L., Guerrero L. y Palabé M. (2005) Cambio Psíquico en pacientes atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(1), 103-115. Recuperado de <http://www.bvspsi.org.uy/local/TextosCompleto/audepp/025583272005070106.pdf>

DeWitt, K., Hartley, D., Rosenberg, S. Wallerstein, R. y Zilberg, N. (1991). Scales of psychological capacities: Development of an assessment approach. *Psychoanalysis y Contemporary Thought*, 14, 343–361. doi: [10.1037/pap0000139](https://doi.org/10.1037/pap0000139)

Diener, E. (2009). Subjective well-being. En E. Diener (Ed.), *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 11-58). Dordrecht: Springer Netherlands.

Diener, E. y Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfilment, culture and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 41-78. doi: [10.1023/A:1010076127199](https://doi.org/10.1023/A:1010076127199)

Donabedian, A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge: Harvard University Press.

- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: introduction to the special section. *Psychotherapy Reserarch*, 18(3), 239–242. Recuperado de https://pure.strath.ac.uk/ws/portalfiles/portal/5143891/Elliott_ClientExp2008_preprint.pdf
- Elliott, R., y James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-468.
- Etchegoyen, H. (1997). *Los fundamentos de la técnica analítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fariñas, G. (2005). *Psicología, educación y sociedad. Un estudio sobre el desarrollo humano*. La Habana: Félix Varela.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., ... López-González, A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes, in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de psicoterapia*, 23(89), 109-135. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32884/5/637380.pdf>
- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 2(96), 35-53. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/153/15309604.pdf>
- Fernández, A. (2013). Clínica y crítica. Desafíos psicoanalíticos frente a vínculos y subjetividades actuales. *Psicoanálisis de las configuraciones vinculares*, 36(1), 83-109. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/245594697/XFERNANDEZ-AM-CLASE-ABIERTA-AAPPG-Clinica-y-Critica-Desafios-Psicoanaliticos-Frente-a-Vinculos-y-Subjetividades-Actuales-1>
- Fernández, B., Gerpe, M. y Villalba, L. (Eds). (2010). *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Montevideo: UdelaR-CSIC.
- Fernández, B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. Montevideo: UdelaR-CSIC.

- Fernández, F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96), 35-53. Recuperado de <https://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS96/03.pdf>
- Fernández, G. (2017). Políticas públicas sociales: apuntes y reflexiones. *Alcance*, 6(14), 81-96. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2411-99702017000300006
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fonagy, P., Rott, A. y Higgit, A. (2007). Psicoterapias psicodinámicas práctica basada en la evidencia y sabiduría clínica. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 27. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=61>
- Fossa, P. (2012). Obstáculos del Proceso Terapéutico: Una Revisión del Concepto de Vínculo y sus Alteraciones. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 101–126. Recuperado de <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Obst%Elculos-del-Proceso-Terap-e2-utico-d--Una-Revisi%F3n-del-Concepto-de-V%EDnculo-y-sus-Alteraciones.htm>
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 438–453. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
- Freud, S. (2012a). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras completas* (Vol. 17, pp. 151-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1916-17)
- Freud, S. (2012b). Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. En *Obras completas* (Vol. 11, pp. 128-142). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1910)
- Freud, S. (2012c). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras completas* (Vol.12, pp. 123-144). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1913)
- Freud, S. (2012d). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En *Obras completas* (Vol. 1, pp. 113-132). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1890)
- Freud, S. (2012e). 28° Conferencia. La terapia psicoanalítica. En *Obras completas* (Vol. 16, pp. 408-421). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1917)

- García, H. y Fantín, M. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21, 155-169. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262010000100007
- García, L. (2008). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *Revista Psiencia*, 1(1), 1-6. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4821174.pdf>
- Garland, A. F., Aarons, G. y Hough, R. (2003). Relationship of Youth Satisfaction With Mental Health Services and Changes in Symptoms and Functioning. *Psychiatric Services*, 54(11), 1544-1546. doi: [10.1176/appi.ps.54.11.1544](https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.11.1544)
- Ginés, M. (2005). Psicoterapia en el Programa Nacional de Salud Mental. Hacia el sistema integrado de salud. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(1), 32-41. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/01_foro_06.pdf
- Ginés, M., Porciúncula, H. y Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129-150. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf
- Glaser, B. (1992). *Basics of Grounded Theory Analysis: Emerge vs. Forcing*. California: Mill Valley.
- Greenberg, L. S. y Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 406-416. doi: [10.1037/0022-006X.70.2.406](https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.406)
- Greenberg, L. y Pinsof, A. (Eds.). (1986). *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Nueva York: The Guildford Press.
- Guerrero, L., Zytner, R., de Souza, L. y Dogmanas, D. (2018). Procesos y resultados de la medición de cambio en psicoterapia psicodinámica en un Servicio de Salud Universitario. En P. Bejetti, N. Rodríguez, J. Tabó, A. Tortorella y L. Vales (Eds.), *La clínica interpela: desafíos actuales de las intervenciones clínicas en un Servicio Universitario. A 15 años de la creación del Servicio de Atención Psicológica Preventivo*

asistencial (SAPPA) Convenio ASSE, MSP – UdelaR, Facultad de psicología (pp. 217-233). Montevideo: Mastergraf SRL.

Gutiérrez, G., Iturriza, F. y Finol, O. (2003). Una investigación sobre foco y proceso en psicoterapia: problemas y consideraciones. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 3, 37-57. Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/506/Una%20investigaci%C3%B3n_Gut.pdf?sequence=1

Hansen, N. B. y Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose–response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5(1), 1-12. doi: [10.1023/A:1021751307358](https://doi.org/10.1023/A:1021751307358)

Hartley, D. y Strupp, H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. En J. Masling (Ed.), *Empirical studies in analytic theories* (pp. 1-37). Nueva Jersey: Erlbaum.

Hernández, A. (2010). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *PsicoPediaHoy*, 12(12). Recuperado de <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/>

Hernández, L. (2009). La flexibilidad del encuadre. Reflexiones a partir de la práctica clínica. *Revista electrónica de psicoterapia*, 3(3), 684-694. Recuperado de https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N3_2009/13_LHernandez_Flexibilidad_en_el_setting_CeIR_V3N3.pdf?ver=2009-11-01-232400-000

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

Hofman, S. G. y Weinberger, J. (2007). *The art and science of psychotherapy*. Nueva York: Taylor y Francis Group.

Høglend, P. y Hagtvet, K. (2019). Change mechanisms in psychotherapy: Both improved insight and improved affective awareness are necessary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4), 332-344. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000381>

- Holikatti, P., Kar, N., Mishra, A., Shukla, R., Swain, S. y Kar, S. (2012). A study on patient satisfaction with psychiatric services. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(4), 327-332. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/235392921_A_study_on_patient_satisfaction_with_psychiatric_services
- Holcomb, W., Parker, J., Leong, G., Thiele, J. y Higdon, J. (1998). Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 49(7), 929-34. doi: <https://doi.org/10.1176/ps.49.7.929>
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. doi: [10.1037/0022-006X.61.4.561](https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.561)
- Iñiguez, L. (2009). El debate sobre Metodología Cualitativa versus Cuantitativa. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 5(1), 57-82. Recuperado de https://metodos.files.wordpress.com/2008/02/5_metodologia-cualitativa.pdf
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrental, J., Schauenburg, H. y Dinger, U. (2018). Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 175(10), 961-969. doi: [10.1176/appi.ajp.2018.17080847](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17080847)
- Jiménez, J. (1999). ¿Investigación en Psicoterapia? Claro que sí. Pero, ¿A quién le interesa? *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, (7)1. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17178/17903>
- Jiménez, J. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas: revista Internacional de Psicoanálisis*, 20. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=1049>
- Joshanloo, M. y Afshari, S. (2011). Big five personality traits and self-esteem as predictors of life satisfaction in Iranian Muslim university students. *Journal of Happiness Studies*, 12(1), 105–113. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/225362087_Big_Five_Personality_Traits_and

Self-

Esteem as Predictors of Life Satisfaction in Iranian Muslim University Students

- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de educación*, 7, 19-39. Recuperado de <http://files.mytis.webnode.cl/200000020-flc75f2c42/Krause,%20M.%3B%20La%20investigaci%C3%B3n%20cualitativa,%20un%20campo%20de%20posibilidades%20y%20desaf%C3%ADos.pdf>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 89–98. Recuperada de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v20n1/v20n1a07.pdf>
- Krause, M. y Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. *Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298. Recuperado de http://revistagpu.cl/2006/GPU_sept_2006_PDF/EVOLUCION%20DEL%20CAMBIO%20EN%20EL%20PROCESO%20PSICOTERAPEUTICO.pdf
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Ramírez, I. (2006), Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v38n2/v38n2a06.pdf>
- Krause, M., Uribe, R., Winkler, C. y Avedaño, C. (1994). Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica. *Psyche*, 3, 211-222. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/215561171_Caminos_en_la_búsqueda_de_ayuda_psicologica
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1989). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lambert, M. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley.

- Lambert, M. J. y Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232477357_Research_Summary_of_the_Therapeutic_Relationship_and_Psychotherapy_Outcome
- Laverde-Rubio, E. (2008). Investigación sobre resultados en psicoterapia analítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 53-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615420004.pdf>
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Revista CES Psicología*, 10(1), 83-98. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423550874006.pdf>
- López, F. (2013). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI Revista de Educación*, 4, 167-178. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence1>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. En J. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Maione, P. y Chenail, R. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 57-88). Washington, D.C.: APA Press.
- Mazover, M. (2010). La práctica clínica psicoanalítica en instituciones. *Imago Agenda*, 141. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1339>
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65-103). Barcelona: Gedisa.
- Ministerio de Salud Pública (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

- Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Montado, G., Palermo, A., Fernández, B. y Gerpe, C. (2011). Investigación empírica: Puente entre psicoterapia y psiquiatría. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 48-55. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/08_GM.pdf
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En F. Martínez, P. Castellanos, y V. Navarro, *Salud Pública* (pp. 49-54). México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Orlinsky, D. y Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield, y A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-378). Nueva York: Wiley.
- Orlinsky, D. (setiembre de 2007). ¿Qué me gustaría leer durante los próximos 10 años de investigación en psicoterapia? *VII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia y I Congreso Uruguayo de Psicoterapia*. Federación Uruguaya de Psicoterapia. Montevideo, Uruguay. Recuperado de https://cdn.ymaws.com/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/la/pdf/abstract_orlinsky.pdf

- Palma, B. y Cosmelli, D. (2008). Aportes de la Psicología y las Neurociencias al concepto del “Insight”: la necesidad de un marco integrativo de estudio y desarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3, 14–27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317751003.pdf>
- Pascoe G. (1983). Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3), 185-210.
- Paulson, B., Truscott, D. y Stuart, J. (1999). Clients’ perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 317-324. Recuperado de <http://www.socialresearchmethods.net/research/cmliterature/Paulson,%201999,%20Clients%20perceptions%20of%20helpful%20experiences%20in%20counseling.pdf>
- Pavot, W. y Diener, E. (2013). Happiness experienced: The science of subjective well-being. En S. A. David, I. Boniwell, y A. Conley Ayers (Eds.), *The Oxford Handbook of Happiness* (pp. 134–151). New York: Oxford University Press.
- Pietkiewicz, I. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7-14. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/263767248_A_practical_guide_to_using_Interpretative_Phenomenological_Analysis_in_qualitative_research_psychology
- Poch, J. y Avila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia; la contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Quality Assurance Project. (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 129-146. doi: [10.3109/00048678309159997](https://doi.org/10.3109/00048678309159997)
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808706.pdf>
- Rodríguez, D. (2007). Motivos de consulta y clínica constructivista. *Diversitas: perspectivas en Psicología*, 3(2), 239-247. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67930205.pdf>

- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A. y Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, 23, 60–69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134245262008.pdf>
- Rodríguez-Fernández, A. y Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología*, 27(2), 327–332. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16720051008.pdf>
- Rodríguez-García, R. y Goldman, A. (Eds.). (1996). *La conexión salud-desarrollo*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Rydel, D. (2015). *Evaluación de la Satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autorreporte de los usuarios* (Tesis de Maestría). Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8336/1/Rydel%2c%20Deborah.pdf>
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S. y Rosenberg, W. (1997). *Evidence-based medicine. How to practice y teach EBM*. Nueva York: Churchill Livingstone.
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 383-403. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/38292128_Aspectos_metodologicos_de_la_investigacion_de_la_psicoterapia_Panorama_historico
- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526108>
- Schroeder, D. (2002). Observaciones acerca del Marco Analítico Hospitalario. En M. Viñar (Presidencia), *Permanencias y cambios en la experiencia psicoanalítica*. Trabajo presentado en el XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://www.fepal.org/images/congreso2002/schroede.pdf>

- Seclén-Palacin, J. y Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *Anales de Facultad de Medicina*, 66(2), 127–141. doi: [10.15381/anales.v66i2.1361](https://doi.org/10.15381/anales.v66i2.1361)
- Sharpless, B. y Barber, J. (2009). The Examination for Professional Practice in Psychology (EPPP) in the era of evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 333-340. doi: [10.1037/a0013983](https://doi.org/10.1037/a0013983)
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, 7, 114-136. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/54/54>
- Sloane R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H. Yorkston, N. J. y Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Society for Psychotherapy Research (s.f.). *History*. Kenchuky, Estados Unidos. Crestwood. Recuperado de <https://www.psychotherapyresearch.org/page/SPRHistory>
- Soneira, A. (2006). La «Teoría fundamentada en los datos» (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.153-174). Barcelona: Gedisa.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquía.
- Summers, R. y Barber, J. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Swift, J. y Parkin, S. (2017). The client as the expert in psychotherapy: What clinicians and researchers can learn about treatment processes and outcomes from psychotherapy clients. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1486-1488. doi: [10.1002/jclp.22528](https://doi.org/10.1002/jclp.22528)
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: [10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Tortella-Feliu, M., Vázquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., ... García-Palacios, A. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27, 65–71. doi: [10.1016/j.clysa.2016.03.002](https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.03.002)
- Trejo, F. (2012). Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 98-101. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment. (1980). *The efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy- Background paper number 3: The implication of cost effectiveness analysis of medical technology*. Washington. D.C.: Government Printing Office.
- Uribe, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 14-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615420002.pdf>
- Uruguay. Consejo de Ministros. (2008). *Decreto Ley CM N° 515. Investigación con Seres Humanos*. Recuperado de http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_0001.PDF
- Uruguay. Poder Legislativo. (2008a). *Ley 18.331. Ley de protección de los datos personales*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Uruguay. Poder Legislativo. (2008b). *Ley 18.335. Derechos y Obligaciones de pacientes y Usuarios de Servicios de Salud*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>
- Uruguay. Poder Legislativo. (2017). *Ley 19.529. Salud Mental*. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484988445915.htm>

- Vasilachis, I. (2006). La investigación cualitativa. En I. Vasilachis (Ed.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 23-65). Barcelona: Gedisa.
- Villamizar, G., Becerra, D. y Delgado, A. (2014). Autopercepción de estudiantes de psicología sobre sus competencias en los cambios laboral, educativo y salud. *REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 13(26), 151-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2431/243132847009.pdf>
- Villatoro, P. (2012). La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: una revisión. *CEPAL Serie estudios estadísticos y prospectivos*, 79. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4783/1/S1200595_es.pdf
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Nueva Jersey: Erlbaum.
- Ward, A., Wood, B. y Awal, M. (2013). A naturalistic psychodynamic psychotherapy study: evaluating outcome with patient perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 292–314. doi: [10.1111/bjp.12034](https://doi.org/10.1111/bjp.12034)
- Well, M., Burlingame, G., Lambert, M., Hoag M. y Hope, C. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 33(2), 275-283. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232544533_Conceptualization_and_measurement_of_patient_change_during Psychotherapy_Development_of_the_Outcome_Questionnaire_and_Youth_Outcome_Questionnaire
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34–40. Recuperado de <https://es.slideshare.net/ignacioinspirado/winkler-cceres-fer1989-winkler-et-al-factores-inespecif-de-la-psictpia>
- Winograd, B. (1990). Cambio psíquico en relación a la teoría de la técnica. *Revista de psicoanálisis APA*, 47(1), 57-67.

- Zalaquett, C, Manzi, J., Duque, M., Krebs, M. y Aninat, M. (1982). El proceso Psicoterapéutico con pacientes pobres. *Revista Chilena de Psicología*, 5, 1-2.
- Zytner, R. (2011). Intervenciones psicoterapéuticas en el servicio de atención psicológica preventivo asistencial. En N. Burgui, N. Rodríguez y R. Zytner (Eds.), *Voces de la clínica. A 10 años de creación del Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial Convenio ASSE, MSP-UR, Facultad de Psicología* (pp. 33-41). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Zytner, R. y Pereira, L. (2011). Motivos de consulta en el servicio de atención psicológica preventivo asistencial. En N. Burgui, N. Rodríguez y R. Zytner (Eds.), *Voces de la clínica. A 10 años de creación del Servicio de Atención Psicológica Preventivo Asistencial Convenio ASSE, MSP-UR, Facultad de Psicología* (pp. 50-63). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Zytner, R., Guerrero L., De Souza, L., Dogmanas, D., Curbelo, E., Gleizer, D. ... Saez, G. (2012). *Proyecto de Investigación: Resultado de la Psicoterapia Psicodinámica de un año de duración en un Servicio de Salud Universitario*. Recuperado de <http://www.cicp.psico.edu.uy/sites/default/files/page/2012/11/Proyecto%20Inv.%20INP%20SISS%20p.%20CIC-P%20j2013.pdf>
- Zytner, R. (2019). *Percepción de cambio en Psicoterapia Psicodinámica desde Psicoterapeutas, Pacientes y Familiares*. (Tesis de Doctorado entregada a la Universidad de Buenos Aires el 25 de set. de 2020, inédita).

Anexos

Anexo 1: Pauta de entrevista

Consigna:

Mi nombre es Juliana Artola y me encuentro realizando una investigación acerca de las psicoterapias en el marco de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, para mi Tesis de Maestría en Psicología Clínica. En este sentido, la Sociedad (datos de la mutualista) me facilitó sus datos y Usted accedió a participar en la investigación.

Esta entrevista es para conversar sobre la terapia psicológica que llevó a cabo y conocer cómo fue su experiencia y cuáles son sus opiniones.

Confidencialidad:

Todo lo que hablemos y quede registrado es de carácter confidencial y será utilizado para fines de investigación y publicación, resguardando siempre el anonimato tanto en la presentación como manejo de los datos.

Además, es importante que sepa que lo que Ud. mencione sobre la psicoterapia y su psicoterapeuta no se comentarán con ningún profesional usando sus datos.

Este estudio tiene la intención de ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de los pacientes.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

Lectura y firma de consentimiento informado.

Datos filiatorios:

- 1) Nombre
- 2) Edad
- 3) Sexo
- 4) Institución en la que atiende su salud
- 5) Año de realización de la psicoterapia y duración

- 6) Nivel educativo
- 7) Situación laboral
- 8) Formas de contacto

Pregunta de apertura:

- 9) “Cuénteme sobre su experiencia en el tratamiento psicológico. Quiero recoger en primer lugar sus impresiones más espontáneas sobre su experiencia. Lo que se le venga a la mente”.

Sobre Inicio del tratamiento:

- 10) ¿Recuerda cuál fue el motivo que lo llevó a consultar? ¿Hubo algún episodio que resultó desencadenante? (situación personal, familiares, sociales, biológicos, internos, etc.)
- 11) ¿Cómo se sentía al inicio del tratamiento?
- 12) Además de las situaciones que lo llevaron a consultar, ¿recuerda si tenía otros problemas o síntomas que le preocuparan al inicio del tratamiento? Cuénteme sobre esto
- 13) ¿Recuerda la imagen que tenía de usted mismo al inicio del tratamiento?
- 14) ¿Recuerda cómo eran sus relaciones de intimidad (familiares y de pareja) al inicio del tratamiento?
- 15) ¿Recuerda cómo eran sus relaciones sociales (con amigos, compañeros de trabajo, etc.) al inicio del tratamiento?
- 16) ¿Recuerda como era su funcionamiento cotidiano general (rutina, tiempo libre, trabajo, etc.) al inicio del tratamiento?
- 17) ¿Cuándo inició el tratamiento, estaba recibiendo algún otro tipo de ayuda (como ser ayuda médica, farmacológica, homeopática u otro)? En caso de respuesta afirmativa, indagar.
- 18) ¿Recuerda cómo fue el proceso hacia la decisión de comenzar psicoterapia? Indagar trayectoria previa. ¿Por qué decidió pedir ayuda a un psicólogo? ¿Alguien le sugirió realizar una psicoterapia o fue una idea suya?
- 19) ¿Recuerda qué expectativas de ayuda tenía al momento de consultar?

Sobre los cambios:

- 1) ¿Considera que hubo cambios en Ud. por la terapia? Cuénteme

- 2) ¿Qué cambios cree que hubo? (Indagar)
- 3) ¿Cómo es la imagen que tiene de usted mismo luego de la terapia? (Indagar cambios)
- 4) ¿Cómo son sus relaciones de intimidad (familiares y de pareja) luego de la terapia? (Indagar cambios)
- 5) ¿Cómo son sus relaciones sociales (con amigos, compañeros de trabajo, etc.) luego de la terapia? (indagar cambios)
- 6) ¿Cómo es su funcionamiento cotidiano general (rutina, tiempo libre, trabajo, etc.) luego de la terapia?
- 7) ¿Hay cosas que piensa y/o siente de forma distinta a como lo hacía antes de la terapia? (indagar)
- 8) ¿A qué atribuye los cambios ocurridos? ¿Cómo fueron esos cambios? Indagar
- 9) ¿Cómo se sentía con su terapeuta? ¿Qué le gustaba de su terapeuta, qué no le gustaba? (indagar vínculo terapéutico)
- 10) ¿Recuerda si en algún momento sintió deseos o tuvo pensamientos de abandonar el tratamiento? ¿A qué se debieron?
- 11) ¿Cree que en algún aspecto o área no hubo resultados? ¿Por qué?
- 12) ¿Cree que en algún aspecto o área hubo resultados negativos? Explique

Finalización de la psicoterapia:

- 13) ¿Cómo se sentía al finalizar el tratamiento?
- 14) ¿De qué manera se dio el término de la terapia? Indagar quien lo propuso, motivaciones, etc.
- 15) ¿Cree que terminó en el momento adecuado? ¿Hubiera necesitado más o menos tiempo?

Acerca de las particularidades de la psicoterapia en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- 16) ¿Recuerda por qué decidió comenzar psicoterapia en su mutualista? Indagar trayectoria previa
- 17) ¿Qué aspectos positivos y negativos tuvo el hecho de que la psicoterapia haya sido en su mutualista?
- 18) ¿Cómo evalúa los costos económicos del tratamiento en relación con la calidad de la atención?
- 19) ¿Cómo evalúa el tiempo de duración de la psicoterapia? ¿Considera que el tiempo fue suficiente, le hubiera gustado continuar, etc.?

- 20) ¿Cómo evalúa la frecuencia de la psicoterapia?
- 21) ¿Cómo vivió el proceso desde que decidió consultar hasta que accedió al psicoterapeuta? ¿Qué cosas puede contarme sobre este proceso? Descríbalo

Mantenimiento de los cambios:

¿Considera que todo lo que hemos estado comentando acerca del tratamiento y los cambios que se produjeron, se ha mantenido en el tiempo? ¿Qué cosas sí, qué cosas no, etc.? Explique

Funcionamiento de la personalidad:

- 22) ¿Cree que sabe quién es? Indagar
- 23) ¿Cree que sabe hacia dónde va en la vida? Cuénteme
- 24) ¿Se da cuenta y le interesa lo que le pasa a los demás? (Indagar empatía)
- 25) ¿Establece y mantiene relaciones de intimidad?

Anexo 2: Cuestionario con opciones múltiples

Investigación: vivencias de cambio en usuarios adultos que realizaron psicoterapia a través de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud

Investigadora responsable: Juliana Artola

Le agradecemos completar el cuestionario que se encuentra a continuación.

Todos los datos que usted exponga son confidenciales y serán utilizados únicamente con fines de investigación y publicación, resguardando siempre sus datos personales.

Le agradecemos especialmente su participación en la investigación, que es un aporte invaluable para nosotros.

Datos personales:

Nombre:

Edad:

Fecha:

Consigna:

A continuación le presentamos una lista con afirmaciones y preguntas. Todas las respuestas incluyen opciones de las que Usted deberá optar por una.

Indique su respuesta realizando un círculo en la opción con la que usted más se identifique. No hay respuestas correctas e incorrectas.

Considera que el tratamiento le ha producido cambios:	Negativos	Ni positivos ni negativos	Positivos
---	-----------	------------------------------	-----------

Maestría en Psicología Clínica – Juliana Artola Bruno

Cree que el tratamiento lo ayudó a sentirse mejor	No	Ni sí ni no	Si, poco	Si, suficiente	Sí, mucho
Hubo cambios en la imagen que tiene de usted a partir del tratamiento	No	Ni sí ni no	Si, poco	Si, suficiente	Sí, mucho
Hubo cambios en sus relaciones de intimidad (familiares y de pareja) a partir del tratamiento	No	Ni sí ni no	Si, poco	Si, suficiente	Sí, mucho
Hubo cambios en sus relaciones sociales (con amigos, compañeros de trabajo, etc.) a partir del tratamiento	No	Ni sí ni no	Si, poco	Si, suficiente	Sí, mucho
Hubo cambios en su funcionamiento cotidiano general (rutina, tiempo libre, trabajo, etc.) a partir del tratamiento	No	Ni sí ni no	Si, poco	Si, suficiente	Sí, mucho
La psicoterapia contribuyó a que Ud. tuviera una visión diferente de sus problemas	No	Ni sí ni no	Si, poco	Si, suficiente	Sí, mucho
En algún aspecto o área no hubo resultados	No	Ni sí ni no	Si		
En algún aspecto o área hubo resultados negativos	No	Ni sí ni no	Si		
La psicoterapia satisfizo las expectativas de ayuda tenía al momento de consultar	No	Ni sí ni no	Si		
¿Cómo evalúa los costos económicos del tratamiento en relación con la calidad de la atención?	Muy malos	Malos	Regulares	Buenos	Muy buenos Malos
El tiempo de duración de la psicoterapia fue adecuado para Usted	Si	No			
La frecuencia de la psicoterapia fue adecuada para Usted	Si	No sabe	No		
¿Cómo calificaría el proceso desde que decidió consultar hasta	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno

Maestría en Psicología Clínica – Juliana Artola Bruno

que accedió al psicoterapeuta? (rapidez, trabas, accesibilidad, etc.					
Considera los cambios que se produjeron, se ha mantenido en el tiempo	No	Si, poco	Si, suficiente	Sí, mucho	Muy malo

Anexo 3: Consentimiento informado



Consentimiento informado:

Fecha _____

Usted ha sido convocado a participar en una investigación denominada “*Vivencias de cambio en usuarios adultos que realizaron psicoterapia a través de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud*”. Esta investigación tiene por cometido conocer cómo viven las personas, los cambios ocurridos a partir de la psicoterapia.

Usted fue consultado por su mutualista sobre su interés en participar de la investigación, asegurándose así la protección de sus datos. Una vez que accedió a participar, sus datos fueron entregados a la investigadora.

La investigación se realiza en el marco de una tesis de Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología - Universidad de la República.

Contemplando la Reglamentación vigente sobre Investigación con Humanos (Decreto CM 515 de agosto de 2008), se le informa que:

- El propósito de esta investigación es generar información que aporte a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de los pacientes.
- Esta investigación no implica riesgos significativos para los participantes, pudiéndose retirar de la misma en cualquier momento si así lo considera.

Confidencialidad

Su identidad será protegida ya que en la transcripción de sus opiniones no figurará su nombre, lugar de pertenencia o cualquier otro dato con el que usted pueda ser identificado. Solamente el investigador (abajo firmante) tendrá acceso a los datos que

Maestría en Psicología Clínica – Juliana Artola Bruno

puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento informado. Asimismo el investigador de la tesis podrá difundir su investigación en trabajos académicos en los mismos términos de confidencialidad anteriormente aclarados. No figurará la identificación de los participantes en ningún lugar del informe, trabajo o artículo.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, su participación es completamente voluntaria y tiene el derecho a no querer responder cualquiera de las preguntas, a formular todas las preguntas que considere en relación con la investigación de la que participa y a retirarse del estudio sin ninguna consecuencia para Usted.

Finalizado el procedimiento se le entregará copia del presente consentimiento libre informado. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación puede comunicarse con Juliana Artola, 099 878 647, correo: jartola@psico.edu.uy.

Participante:.....

Firma:.....

CI:.....

Investigador:.....

Aclaración:.....

Anexo 4: Hoja de información

Hoja de información – Investigación – Facultad de Psicología, Universidad de la República

- **Título del proyecto:**

Vivencias de cambio en usuarios adultos que realizaron psicoterapia a través de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

- **Objetivo de la investigación:**

Indagar cómo viven el cambio los pacientes adultos que hayan realizado procesos terapéuticos en el marco de las prestaciones en psicoterapia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

- **Información de actividades que pretende realizar con los participantes, sobre el contenido de las preguntas, la intervención y el diseño metodológico:**

Se realizarán entrevistas a personas mayores de 18 años que hayan realizado un proceso de psicoterapia en el marco de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (específicamente en Mutualistas). En las entrevistas se les preguntará sobre: diferentes aspectos de su tratamiento psicológico y algunas características de éste.

Se realizará una única entrevista a cada participante, la que tendrá una duración de aproximadamente 60 minutos. Se utilizará como forma de registro la grabación de audio.

También se aplicará un formulario de autocompletado que se completará rápidamente (entre 2 y 3 minutos).

- **Riesgos y beneficios que puede generar el estudio para el participante. Posibles acciones para subsanar las consecuencias previstas dentro de los riesgos.**

Se considera que la participación en la investigación no implicaría riesgos significativos para los participantes.

Se realiza la presente investigación porque se entiende que los beneficios sociales de la misma para la producción de conocimientos y para la evaluación y mejora de las prestaciones en psicoterapia del sistema de salud, superan los potenciales riesgos para sus participantes.

Se entiende que las condiciones de la presente investigación son bien toleradas por la población que participa. No obstante, se asegura para todos los participantes, la posibilidad de derivación a un equipo técnico especializado.

En cuanto a los beneficios, la investigación no implicaría beneficios directos para los participantes. Un posible beneficio sería la posibilidad de evaluar a través de la entrevista que se realiza, su proceso terapéutico, valorando su experiencia. Además permite visualizar, en algunos casos, la necesidad de realizar nuevas consultas psicológicas.

Se considera que la investigación posee gran relevancia social, implicando beneficios sociales por el conocimiento que producirá, beneficios que repercutirán directamente sobre los sujetos beneficiarios de la atención psicoterapéutica en los centros de salud.

▪ **Confidencialidad:**

Se asegura la confidencialidad y resguardo del material tanto en el manejo de los datos como en la realización de informes y potenciales publicaciones. Se reservará la identidad del participante en todas las etapas del estudio.

La participación es voluntaria y libre sin que ello configure un perjuicio para el participante o el estudio. La persona puede retirarse en cualquier momento del estudio sin tener la obligación de dar explicaciones por su decisión.

▪ **Ampliación de información. Datos de contacto del investigador:**

La investigadora queda a disposición ante cualquier duda, solicitud de información, ampliación, etc.

Investigadora: María Juliana Artola

Contacto: 099 878 647

Mail: mj.artola90@gmail.com