



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Montevideo, abril de 2025

Entre la normativa y la práctica: Percepciones de los psicólogos sobre el funcionamiento y la calidad de la atención psicoterapéutica en el marco del SNIS

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

Autora: Aldana Tasende

Directora de Tesis: Prof. Adj. Dra. Denisse Dogmanas

Co-tutora de tesis: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias

Nota de autor:

Este trabajo fue realizado con la ayuda financiera de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación bajo el código POS_NAC_2021_1_170615

Resumen

La evaluación de la calidad de la atención en salud mental representa un desafío tanto a nivel internacional como nacional, particularmente en el contexto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay. En este marco, el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM), vigente desde 2011, ha implicado una inversión económica significativa, destinada a fortalecer el abordaje de la salud mental mediante diversas prestaciones, entre ellas, la atención psicoterapéutica. Sin embargo, a más de una década de su implementación, persiste una limitada producción de datos y estudios que permitan evaluar su calidad y el grado de implementación de dichas prestaciones.

El presente estudio tiene como objetivo describir las prácticas de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia enmarcadas en el PIPSM, así como explorar sus percepciones sobre la calidad de la atención brindada. Se adoptó una metodología cualitativa, con un diseño exploratorio-descriptivo, a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a 14 psicólogos que se desempeñan en prestadores privados de salud, seleccionados mediante muestreo intencional y técnica de bola de nieve.

Los hallazgos indican que, si bien el PIPSM ha mejorado la accesibilidad económica a la psicoterapia, persisten desafíos estructurales y organizativos que inciden en la calidad de la atención, con variaciones según el prestador de salud. Entre los aspectos clave identificados por los profesionales para mejorar la calidad asistencial se destacan: la mejora de la infraestructura, el acceso a herramientas clínicas, el fortalecimiento de la formación continua, la supervisión clínica, la adecuación de los procesos de derivación y el fomento del trabajo interdisciplinario.

Se concluye que existen algunas discrepancias entre la normativa del PIPSM y su aplicación efectiva por parte de los prestadores privados de salud. En este sentido, el estudio subraya la relevancia de la evaluación continua de la calidad de la atención como instrumento clave para fortalecer las políticas de salud mental en Uruguay, y destaca la necesidad de profundizar en la investigación de la implementación del PIPSM a fin de orientar ajustes que contribuyan a mejorar la calidad de la atención psicoterapéutica.

Palabras claves: Psicoterapia, Calidad de la atención, Servicios de Salud, Percepción de Psicólogos

Abstract

The evaluation of the quality of mental health care represents a global and national challenge, especially in the context of Uruguay's National Integrated Health System (SNIS). Within this framework, the Mental Health Services Implementation Plan (PIPSM), in effect since 2011, has involved a considerable economic investment aimed at strengthening the approach to mental health through various services, including psychotherapeutic care. However, more than a decade after its implementation, there remains a limited production of data and studies that allow for the evaluation of the quality and degree of implementation of these services.

The present study aims to describe the practice of psychologists and the functioning of psychotherapeutic services framed within the PIPSM, as well as to explore their perceptions of the quality of care provided. A qualitative methodology was adopted, with an exploratory-descriptive design, based on semi-structured interviews conducted with 14 psychologists working for private health providers within the framework of the PIPSM, selected through intentional sampling and snowball technique.

The findings suggest that, although the PIPSM has improved economic access to psychotherapy, structural and organizational challenges persist, impacting the quality of care, with variations depending on the health care provider. From the psychologists' perspective, key factors for improving service quality include upgrading infrastructure, ensuring access to clinical tools, strengthening ongoing training and clinical supervision, enhancing referral processes, and promoting interdisciplinary collaboration.

The study concludes that there are some discrepancies between the PIPSM regulatory framework and its actual implementation by private providers. In this regard, the study highlights the relevance of continuous quality evaluation as a key instrument to strengthen mental health policy in Uruguay, and emphasizes the need for further research on PIPSM implementation to guide necessary adjustments that may improve the quality of psychotherapeutic care.

Keywords: Psychotherapy, Quality of Care, Health Services, Psychologists' Perception

Agradecimientos

Agradezco muy especialmente a mis tutoras Denisse y Alejandra, por la confianza, paciencia, sabiduría y acompañamiento en este prolongado proceso de investigación.

A la Facultad de Psicología Udelar, por permitirme desarrollar la maestría.

A las y los docentes de la Maestría, por posibilitar el análisis profundo y reflexivo de la práctica clínica.

Al personal administrativo de la Facultad, que me orientó y recibió mis inquietudes con mucha amabilidad en diferentes etapas del proceso.

A la Agencia Nacional de Investigación, por el apoyo y la financiación con su beca para este estudio.

A los y las psicólogas, que de forma voluntaria y con gran generosidad compartieron sus percepciones para que esta investigación sea posible.

A mi pareja, por su amor, paciencia, motivación y fe incondicional, que fueron motor fundamental a lo largo de todo este proceso.

A toda mi familia, amigas y amigos, por la comprensión infinita, el apoyo, la alegría compartida y sus palabras de aliento.

Tabla de contenido

Introducción.....	8
Capítulo 1: Antecedentes y Fundamentación.....	10
1.1. Estudio de la Salud Mental y la Atención Psicoterapéutica.....	10
1.2. Incorporación de la Psicoterapia en los Prestadores de Salud del SNIS a través del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental.....	11
1.2.1 Condiciones para la Psicoterapia en el PIPSM.....	12
1.2.2 Desafío de la Psicoterapia en los Prestadores de Salud.....	14
1.3. Estudio de la Calidad en la Atención en Salud Mental en Uruguay.....	15
1.4. Importancia de la Percepción de los Psicólogos sobre la Calidad de la Atención Psicoterapéutica.....	18
1.5. Antecedentes Internacionales sobre la Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental.....	19
1.6 Antecedentes Nacionales sobre la Investigación y Evaluación de Calidad de la Atención en Psicoterapia.....	21
Capítulo 2: Marco de Referencia.....	26
2.1. Calidad de la Atención en Salud.....	26
2.1.1. Origen y Evolución de la Calidad de la Atención en Salud.....	26
2.1.2. Concepto de Calidad de Atención en Salud.....	27
2.2. Evaluación de la Calidad en la Atención según el Modelo de Donabedian.....	28
2.3. Calidad de la Atención en Salud Mental.....	31
2.4. Concepto de Psicoterapia.....	32
2.5. Psicoterapia en Servicios de Salud y Evaluación de su Calidad.....	34
2.5.1 Adaptación del Modelo de Donabedian para la Psicoterapia en Servicios de salud.....	36
2.5.1.1. Evaluación de Estructura en la Calidad de la Atención Psicoterapéutica.....	37
2.5.1.2. Evaluación de Procesos en la Calidad de la Atención Psicoterapéutica.....	38
Capítulo 3: Problema de Investigación y Objetivos.....	40
3.1. Formulación del Problema de Investigación.....	40
3.2. Preguntas de Investigación.....	41
3.3. Objetivos.....	41
3.3.1. Objetivo General.....	41

3.3.2. Objetivos Específicos.....	41
Capítulo 4: Metodología.....	42
4.1. Enfoque Metodológico.....	42
4.2. Recolección de Datos.....	44
4.2.1.1. Formulación del Guión de la Entrevista.....	44
4.3. Decisiones Muestrales y Proceso de Recolección de Datos.....	45
4.4. Análisis de la Muestra.....	47
4.5. Análisis de Datos.....	50
4.6. Consideraciones Éticas.....	51
Capítulo 5: Resultados, Análisis y Discusión.....	53
5.1. Análisis y Discusión de Resultados para Objetivos 1 y 2.....	53
5.1.1. Tema 1. Infraestructura y Acceso a Recursos.....	53
5.1.2. Tema 2. Formación y Supervisión.....	66
5.1.3. Tema 3. Encuadre de las Prestaciones de Psicoterapia.....	76
5.1.4. Tema 4. Trabajo en equipo, Comunicación y Vínculos.....	90
5.1.5. Tema 5. Coordinación, Derivación y Aspectos Administrativos.....	95
5.2. Análisis y Discusión de Resultados para objetivo 3.....	113
5.2.1. Fortalezas y facilitadores.....	113
5.2.2. Barreras y desafíos.....	115
Capítulo 6: Consideraciones finales.....	119
6.1. Conclusiones.....	119
6.2. Limitaciones del Estudio y Sugerencias para Futuros Estudios.....	122
6.3. Recomendaciones para Mejorar la Calidad de la Psicoterapia en el SNIS.....	123
Referencias bibliográficas.....	125
Anexos.....	138
Anexo A: Tablas sobre prestación de psicoterapia del PIPSM.....	138
Anexo B: Afiche para la Convocatoria a Psicólogos.....	142
Anexo C: Pauta de Entrevista.....	143
Anexo D: Consentimiento Informado.....	146
Anexo E: Hoja de Información.....	147

Lista de abreviaturas

APA: American Psychological Association

CPU: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay

EAP: European Association for Psychotherapy

FUPSI: Federación Uruguaya de Psicoterapia

IOM: Institute of Medicine

NICE: Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención

IAMC: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva

MSP: Ministerio de Salud Pública

OPS: Organización Panamericana para la Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

PIPSM: Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

PNSM: Plan Nacional de Salud Mental

SPU: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

WHO: World Health Organization

Nota sobre el uso del lenguaje

Con el objetivo de facilitar la fluidez de la lectura en este trabajo se empleará el término “psicólogos” para referirse de manera genérica a las y los profesionales de la psicología. Esta decisión responde exclusivamente a criterios de estilo y no pretende desconocer ni invisibilizar la diversidad de identidades existentes en el ámbito profesional.

Introducción

La evaluación de la calidad de la atención en salud mental constituye un desafío clave para los sistemas de salud a nivel global y nacional. En Uruguay, esta temática adquiere relevancia en el marco del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027 y en el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM). Ambos documentos subrayan la necesidad de mejorar la práctica clínica y la calidad de los servicios de salud mental en el SNIS, promoviendo la investigación como base para el desarrollo de políticas eficaces.

La presente investigación busca conocer el funcionamiento real de las prestaciones de psicoterapia del PIPSM y analizar la percepción de los psicólogos que brindan psicoterapia respecto a la calidad de la atención. El estudio emplea un enfoque cualitativo y descriptivo, centrado en la experiencia de los profesionales como actores clave en la implementación de las políticas de salud mental. Este trabajo aspira a contribuir con insumos relevantes para la mejora de las prácticas psicoterapéuticas, fortaleciendo la calidad asistencial en Uruguay.

La investigación se estructura en seis capítulos, cada uno de los cuales aborda un aspecto fundamental de la investigación:

En el capítulo 1: "Antecedentes y Fundamentación" se contextualiza la relevancia de la salud mental en las políticas públicas de Uruguay, destacando el desarrollo y la implementación del PIPSM. Asimismo, se presenta una revisión de los antecedentes nacionales e internacionales sobre la evaluación de la calidad de atención en salud mental y en la atención psicoterapéutica.

En el capítulo 2: "Marco Referencial", se aborda el concepto de calidad de la atención en salud desde una perspectiva teórica, destacando el modelo de Donabedian (2001) como marco central para la evaluación en la calidad de la atención. Finalmente, se examina la adaptación del modelo de Donabedian para evaluar la calidad de la atención psicoterapéutica en los servicios de salud.

En el capítulo 3: "Problema de Investigación y Objetivos", se define el problema central de la investigación y se formulan las preguntas que guían el estudio. Se establecen los objetivos generales y específicos que buscan describir y analizar la percepción de los psicólogos sobre las prestaciones en psicoterapia bajo el PIPSM.

En el capítulo 4: "Metodología", se describe el enfoque cualitativo adoptado, los

criterios de selección de la muestra, las técnicas empleadas para la recolección y el análisis de los datos. Se exponen las consideraciones éticas pertinentes.

En el capítulo 5: "Resultados, Análisis y Discusión", se presentan y discuten los hallazgos del estudio, organizados en 5 temas generales, con sus consecuentes categorías y subcategorías. Los resultados son analizados desde el marco teórico previamente establecido.

Por último, en el capítulo 6: "Conclusiones", se sintetizan los principales aportes de la investigación. Desde la perspectiva de los psicólogos se concluye que existe una mejoría significativa en el acceso de la población a la psicoterapia a partir de la reducción económica de los costos de acceso. Asimismo destacan la presencia de desafíos para la mejora de la calidad de la atención en lo que respecta a la infraestructura, el acceso a herramientas clínicas, el fortalecimiento de la formación y supervisión, la optimización de procesos de derivación y el incentivo del trabajo interdisciplinario. Por último se plantean recomendaciones para futuras investigaciones y para la mejoría de las prestaciones de psicoterapia del PIPSM.

Capítulo 1: Antecedentes y Fundamentación

1.1. Estudio de la Salud Mental y la Atención Psicoterapéutica

A lo largo de la historia, el campo de la salud mental ha sido objeto de indiferencia y abandono. Hasta hace no mucho, los planes de salud no cubrían tratamientos específicos en Salud Mental, como lo es la psicoterapia, en la misma medida que otras enfermedades (Kilbourne et al., 2018; World Health Organization [WHO], 2001). Sin embargo, en la última década, y de manera más pronunciada en los años recientes, es evidente que la Salud Mental ha cobrado más relevancia que nunca a nivel mundial y nacional.

En 2018 un estudio de la Organización Panamericana para la Salud (OPS) señaló que los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en América (OPS, 2018). Además, las personas que padecen estos trastornos presentan mayores tasas de morbilidad relacionadas con enfermedades físicas generales y tienen un riesgo elevado de muerte prematura (Kilbourne et al., 2018).

La creciente comprensión sobre la carga económica y social que representa la enfermedad mental, junto con la consideración de la salud mental como un elemento fundamental para la calidad de vida de la ciudadanía, ha llevado a que esta se convierta en una de las prioridades de los sistemas de salud (WHO, 2001). Sin embargo, a pesar del impacto significativo de los trastornos mentales en la carga global de enfermedad, la calidad de la atención brindada para estas condiciones continúa siendo insuficiente (Kilbourne et al., 2018).

En un contexto de creciente importancia de la salud mental, la psicoterapia ha sido reconocida en la última década por importantes organismos internacionales, como la American Psychological Association (APA), como una práctica eficaz, eficiente y rentable en el tratamiento de diversos trastornos mentales, en términos de costo-beneficio para los sistemas sanitarios. Esta validación ha contribuido a que la psicoterapia cobre mayor relevancia dentro de la comunidad científica, consolidándose como una intervención necesaria para abordar problemas de salud mental (APA, 2013).

A su vez, la demanda social de la psicoterapia ha ido en aumento (Feixas y Miró, 1993) siendo que cada vez hay más cantidad de usuarios y prestadores del servicio terapéutico (APA, 2023; Fernández-Álvarez, 2003). Siguiendo a Ávila (2003) esto se ve impulsado por la promoción favorable de la psicoterapia realizada por educadores y profesionales de la salud, quienes muestran mayor sensibilidad hacia su utilidad. También menciona que han estimulado este crecimiento los medios de comunicación, a través de la normalización de la psicoterapia para el bienestar social del hombre contemporáneo. Como expone el autor, esta demanda social repercute en la tendencia actual del crecimiento en la oferta de programas de psicoterapia dentro de los servicios públicos, aunque el apoyo institucional continúa siendo limitado.

Según una encuesta reciente de la APA (2023), los psicólogos clínicos reportaron no disponer de horarios libres para el ingreso de nuevos pacientes, debido a las altas demandas de tratamientos. Asimismo, observaron un incremento en la gravedad de los síntomas y en la prevalencia de ciertos trastornos. Todos estos aspectos mencionados, hacen que la disciplina enfrente grandes desafíos frente a la creciente demanda social y al progresivo reconocimiento profesional que ha alcanzado (APA, 2023; Ávila, 2003).

1.2. Incorporación de la Psicoterapia en los Prestadores de Salud del SNIS a través del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental

En Uruguay, la incorporación de la psicoterapia en los servicios de salud como política de gobierno se realizó en el año 2011, a través del PIPSM, por el Decreto número 305/011.

El PIPSM concibe la salud mental como un derecho humano fundamental y, en este sentido, promueve el acceso ciudadano a los servicios de salud mediante prestaciones de salud mental basadas en dispositivos de intervención psicosocial y psicoterapéuticos. Se prioriza la atención a la población con mayores necesidades en esta área, con el propósito de que dichos abordajes incidan positivamente en diversos aspectos de la conducta, la mente y el cuerpo, beneficiando no solo al usuario, sino también a su familia, a la sociedad y al conjunto del sistema de salud (MSP, 2011)

Este plan de prestaciones, se enmarca en el contexto de la Reforma sanitaria que comienza en 2005 y culmina en el año 2007, a través de la implementación del SNIS. El SNIS tiene como objetivo garantizar el acceso universal a servicios de salud para toda la población, e integra prestadores públicos y privados bajo un marco regulatorio común, promoviendo la equidad en la atención sanitaria (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2011; OPS, 2021). En Montevideo, los principales prestadores de salud que forman parte del SNIS incluyen, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), constituyéndose como el principal prestador público; las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) conformándose como los principales prestadores privados de salud; y por último los Seguros privados integrales. Según datos del MPS (2024) al año 2023 el 55,8% de la población uruguaya se encontraba afiliada a prestadores privados de salud (IAMC), el 34,6% a ASSE y el 3,3% de la población a seguros privados integrales.

La incorporación de la psicoterapia como prestación obligatoria en los prestadores de salud no sólo formalizó la oferta de psicoterapia en estas instituciones de salud, sino que también buscó superar la fragmentación previa de la atención psicoterapéutica, caracterizada por iniciativas aisladas en policlínicas, servicios universitarios y otros dispositivos de atención psicoterapéutica (Artola, 2020; Fernandez Castrillo, 2017; Ginés et al., 2005).

1.2.1 Condiciones para la Psicoterapia en el PIPSM

El PIPSM de acuerdo al MSP (2011) estructura la atención en tres modos (modo 1, 2 y 3), para los cuales especifica su población objetivo, metodología y orientaciones específicas. Estas incluyen aspectos como los mecanismos de acceso, la duración de la psicoterapia y de las sesiones, los costos, el ingreso al comité de recepción, los requisitos de formación del personal técnico que brinda la prestación, entre otros aspectos.

Respecto a la población objetivo, se priorizó la atención de niños/as, adolescentes y jóvenes, abarcando un amplio espectro. Para el caso de adultos se seleccionaron ciertas problemáticas específicas como personas con intento de autoeliminación (IAE), Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP) y agentes multiplicadores de la salud, como el personal de la salud y de la educación. En relación con las franjas etarias, el plan define a la

niñez como a los menores de 10 años; adolescencia, al rango entre los 10 y 19 años; juventud, entre los 20 y 25 años; y adultez, a partir de los 26 años.

Debido a los objetivos del presente proyecto, a continuación se detallarán las principales características de los modos 2 y 3, no especificando el modo 1 ya que este asegura la atención psicológica exclusivamente de forma grupal y en formato taller, lo cual no es objeto del estudio.

El modo 2 contempla intervenciones individuales, grupales, de pareja o familiares, con un copago reducido. Establece una cobertura de hasta 24 sesiones para niños, niñas y adolescentes, y hasta 48 sesiones para personas adultas. Por su parte, el modo 3 comprende abordajes individuales o grupales orientados a la rehabilitación, con un copago menor que el previsto en el modo 2. Este modo ofrece una cobertura inicial de hasta 48 sesiones, con la posibilidad de renovarlas hasta 144 sesiones (MSP, 2011).

Para el acceso a los modos 2 y 3, el plan establece distintas vías de acceso a la entrevista con el Comité de Recepción, las cuales pueden surgir por iniciativa del usuario, derivación desde el equipo de salud o por coordinadores del modo 1. Una vez solicitada la entrevista, el plazo de ingreso al comité es de 30 días (a partir del año 2013 se establecen que debería de reducirse a un plazo de 15 días), salvo en casos de IAE, donde se requiere atención en menos de 48 horas, o en situaciones de consumo problemático de sustancias, donde el plazo es de una semana. Tras el ingreso al comité, la derivación a psicoterapia debe efectuarse en un máximo de 15 días, aunque para casos de IAE puede hacerse sin espera previa (MSP, 2011).

El Comité de Recepción debe estar integrado por un equipo interdisciplinario con formación psicoterapéutica y experiencia clínica, y se deberá encargar de asignar el modo de atención al usuario, realizar derivaciones, evaluar reingresos y generar espacios de seguimiento e intercambio profesional (MSP, 2011).

Los equipos que brindan la atención deben estar conformados por profesionales con dos años de formación específica en psicoterapia y experiencia clínica, fomentándose la diversidad teórica y técnica, así como la generación de reuniones periódicas entre ellos y la coordinación entre los técnicos que atienden al usuario (MSP, 2011).

En cuanto al funcionamiento de la prestación, las sesiones psicoterapéuticas deben realizarse en lugares y días fijos. Las sesiones individuales tendrán una duración mínima de

40 minutos y una frecuencia semanal, abarcando turnos matutinos y vespertinos. Las instituciones pueden brindar los servicios mediante recursos propios, convenios o contratación de técnicos o equipos técnicos externos. Asimismo, deben mantener registros detallados de los usuarios, documentar en historias clínicas las instancias del proceso del usuario, y enviar la información que le solicite el MSP para la evaluación del programa (MSP, 2011). Para más detalles sobre los modos 2 y 3, véase Anexo A.

Por último, cabe destacar que a partir del 23 de abril del 2024 el MSP y el Ministerio de Economías y Finanzas, emite el Decreto número 114/024 ampliando la cobertura de la población objetivo hasta los 30 años inclusive, y además la población con IAE podrá acceder a los abordajes psicoterapéuticos abonando la tasa moderada correspondiente a modo 3.

1.2.2 Desafío de la Psicoterapia en los Prestadores de Salud

Como se ha señalado previamente, el plan del MSP establece únicamente ciertos parámetros y criterios generales para brindar la atención. Esto propicia a que en la práctica y el funcionamiento real, cada prestador de salud presente diferencias en la forma de implementar las prestaciones de psicoterapia (Fernández Castrillo, 201; MSP, 2011).

La inserción masiva de los psicólogos y la psicoterapia en los servicios de salud, así como el consecuente desarrollo de la calidad de la atención, han motivado en la comunidad científica un creciente interés por evaluar cómo se insertan y despliegan estos abordajes en el sistema de salud (Mira, 2003; Fernández Castrillo, 2017).

En este marco, la implementación del PIPSM ha conllevado a que los psicólogos deban realizar modificaciones y adaptaciones de prácticas psicoterapéuticas que históricamente venían realizando de forma autónoma en sus consultorios particulares (Artola, 2020; Dogmanas et al., 2023; Ginés et al., 2005). Asimismo, Dogmanas et al. (2023) señalan que la inserción actual del psicólogo en el SNIS ha requerido una reconfiguración de sus herramientas conceptuales y técnicas para responder a transformaciones en el paradigma salud-enfermedad y a las particularidades de nuevos espacios laborales. Siguiendo a los/as autores/as, la atención en el PIPSM reviste características nuevas que exigen repensar el encuadre clínico clásico. Entre ellas se encuentran, los copagos, la cantidad de sesiones preestablecidas, la duración de las consultas, la clasificación del motivo de consulta y el rol

de las instituciones en la mediación del vínculo terapéutico. A ello se suma una creciente tendencia al trabajo interdisciplinario, que contrasta con la figura histórica del psicólogo ejerciendo en soledad (Dogmanas et al., 2023). Otro desafío relevante es la elaboración de planes de tratamiento individualizados, que contemplen tanto la singularidad del paciente como los marcos y protocolos definidos por las instituciones. En este sentido, y considerando que la cobertura psicoterapéutica suele tener un límite temporal, resulta necesario planificar desde el inicio tanto los objetivos como el tratamiento (Dogmanas et al., 2023).

Desde el presente proyecto de investigación se pretende indagar específicamente en la percepción de los psicólogos que brindan atención psicoterapéutica, en relación con diversos aspectos vinculados a la calidad de la atención y el funcionamiento real de estas prestaciones, en el marco de las condiciones y orientaciones establecidas por el PIPSM y los prestadores de salud.

1.3. Estudio de la Calidad en la Atención en Salud Mental en Uruguay

La medición de la calidad de la atención en Salud Mental representa un desafío tanto a nivel nacional como a nivel mundial, ya que esta constituye un factor importante para el logro de los objetivos mundiales de desarrollo (Kilbourne et al., 2018; Powell & Rowen, 2022).

A nivel internacional, siguiendo a Kilbourne et al. (2018) el estudio de la calidad de la atención en salud mental es insuficiente, y su mejora avanza a un ritmo lento en comparación con el ámbito médico. El autor afirma que esta persistente brecha en la calidad se debe, en parte, a la carencia de métodos sistemáticos para evaluarla adecuadamente. Según el autor, esta falta de métodos representa un problema, ya que los trastornos mentales se vuelven más frecuentes en todo el mundo. En este contexto, los líderes y proveedores de atención en salud mental requerirán información fiable y fundamentada acerca de la atención brindada, con el fin de: "... identificar las necesidades de la población y tomar decisiones sobre cómo brindar los mejores servicios, y ... aplicar estrategias efectivas para mejorar la calidad y reducir las disparidades" (Kilbourne et al., 2018, p.30).

En Uruguay, la necesidad de evaluar la calidad en la atención se plantea de forma explícita en el PNSM del periodo 2020-2027. Este plan surge como una necesidad para dar cumplimiento a la Ley de Salud Mental N.º 19.529 (Uruguay, 2017), la cual abarca la

protección de la salud mental mediante acciones de promoción, prevención y tratamiento, para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas, y principalmente aquellas con un trastorno mental severo. Es diseñado de acuerdo con las recomendaciones internacionales y se establecen diferentes áreas temáticas con sus respectivos objetivos, líneas estratégicas y acciones, para las cuales se definen actores, resultados y plazos (MSP, 2020).

Interesa destacar que el PNSM hace hincapié en la aplicación de estándares de calidad basados en la evidencia científica, la mejora de la práctica clínica y del proceso asistencial. Asimismo, enfatiza en la importancia de generar un personal con competencias para ofrecer una atención de calidad y satisfacer las demandas de los usuarios (MSP, 2020).

Se alude a la necesidad de contar con información actualizada y de buena calidad que permita conocer la magnitud de los problemas de salud mental, la respuesta del sistema y los avances de las acciones planificadas, con el fin de identificar las principales barreras y posibilitar las modificaciones que permitan el logro de los objetivos planteados. Por esto, promueve específicamente la construcción de un sistema de indicadores básicos para el monitoreo y la evaluación de la atención que incluya datos de la estructura, procesos y resultados de la atención en salud mental (MSP, 2020).

De esta forma, es que el PNSM se constituye como un instrumento de importante relevancia para la presente investigación, en el sentido de que se procura producir insumos para avanzar en la evaluación de la calidad de la atención psicoterapéutica en el SNIS.

En Uruguay, la incorporación reciente del PIPSM, sumado al gran avance a nivel de política pública que representa para la atención en salud mental de la población y su escasa investigación, hace que sea imprescindible continuar avanzando en la investigación sobre la calidad de esta nueva realidad asistencial (Artola, 2020).

El estudio de una política pública desde de un enfoque de evaluación en calidad de la atención, posibilita asegurar la mejor utilización de los recursos, que las personas con trastornos mentales reciban los cuidados que necesitan, así como también, reafirmar la confianza social y política en la efectividad de la psicoterapia y las políticas públicas de salud mental (Vilela, 2024).

1.4. Importancia de la Percepción de los Psicólogos sobre la Calidad de la Atención Psicoterapéutica

Dentro del campo de la Salud Mental, algunos autores coinciden en que, para desarrollar una evaluación acerca de la calidad en la atención, así como para el logro de la mejora continua de los programas y políticas, es necesario conocer las preferencias de todas las partes interesadas. Esto es relevante para que la atención pueda ser más eficaz y ajustarse a la preferencia de los actores (Rowen et al., 2022; Salinas y González, 2006). Además, siguiendo a Cruz (2004), uno de los aciertos de la calidad es la consideración de que ésta presenta diferentes perspectivas y debe satisfacer a todos los actores que participan del proceso, lo cual incluye a los usuarios, profesionales y trabajadores de la salud, equipos, financiadores y la comunidad. En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse según se tengan en cuenta las diferentes perspectivas de los actores que participan en este ámbito (OMS, 2003). La relevancia de la percepción subjetiva de la calidad resulta significativa, ya que evidencia las dificultades que surgen al intentar definir y medir características que pueden ser interpretadas de manera diversa según la perspectiva de cada actor (Cardenas y Arroyo, 2014).

Por actores se entiende a:

... aquellos individuos, grupos e instituciones con potencial e interés para influir en la planificación de acciones y definición de objetivos de un proyecto de organización o dirección de una política. La condición de actor es atribuida a una persona, grupo, organización, institución con tal acumulación de fuerzas, con posibilidad de representar sectores de intereses y necesidades de modo de producir hechos sociales e influir en la situación en cuestión. Esta condición está dada por una realidad explicada desde la perspectiva de quien está dentro de la situación analizada. La situación es desde donde el actor revisa el escenario y es desde ese lugar, que interpreta la realidad y estima su capacidad de acción transformadora. (Matus, 1987; Rovere, 1993, citado en Fernández Castrillo, 2017, p.145)

Desde el presente estudio se considera que la perspectiva de los psicólogos que brindan atención psicoterapéutica se vuelve fundamental para el análisis de la calidad de la

atención en psicoterapia en el SNIS, ya que son uno de los actores clave en este proceso. Sus perspectivas adquieren importancia, dado que sus prácticas se desarrollan en el marco normativo del PIPSM y dentro de los prestadores de salud. Esto les otorga un conocimiento directo sobre la implementación de las prestaciones de psicoterapia, desde los lineamientos establecidos por la normativa hasta su funcionamiento real y concreto en sus prácticas.

1.5. Antecedentes Internacionales sobre la Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental

La calidad en la atención ha sido un tema de interés y preocupación constante a lo largo de la historia de la medicina y la salud (Cruz, 2004). El interés por la misma, tal como se la comprende actualmente, tiene sus orígenes a finales del siglo XIX, a partir de la observación de las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados (Mira, 2003).

Particularmente, la evaluación de la calidad de la atención se vincula con el desarrollo de herramientas que posibiliten medir el grado de calidad que alcanza un servicio al compararlo con el nivel deseado (Cárdenas y Arroyo, 2014). Para la construcción y selección de las técnicas más adecuadas, es necesario considerar que el concepto de calidad de atención es un concepto complejo, procesal y temporal, lo que implica no solo definir el sujeto de evaluación, sino determinar el aspecto específico que se desea conocer (Cardenas y Arroyo, 2014).

Algunos estudios sugieren que es pertinente ejecutar más de una actividad evaluativa, promoviendo criterios de complementariedad o triangulación en el proceso de evaluación (Powell & Rowen, 2022).

En la actualidad existen varias clasificaciones y modelos para evaluar y definir la calidad de la atención en salud, los cuales se han desarrollado principalmente en el ámbito de la medicina (Salinas y González, 2006).

En el campo de la psicología clínica, se evidencia en los últimos años un creciente interés por evaluar y mejorar la calidad de la atención psicológica, entendiendo que esta práctica, como “tratamiento” para los trastornos mentales, comparte ciertas similitudes con la práctica médica (Mira et al., 1999). Sin embargo, como expresan Salinas y González (2006), los modelos de evaluación provenientes del ámbito médico, no pueden aplicarse de manera

directa a la oferta de atención en psicología clínica debido a diferencias en la naturaleza de ambas prácticas. La evaluación actual de los servicios de salud mental se fundamenta en criterios y clasificaciones diseñados para la atención médica en general, ajustados posteriormente para responder a las especificidades del ámbito de la salud mental (Salinas y González, 2006; Torres, 2011).

A nivel internacional, en el Reino Unido, Powell y Rowen (2022) realizaron un estudio para identificar qué aspectos de los servicios de salud son considerados relevantes por profesionales y usuarios para evaluar la calidad de la atención en salud mental. Examinaron el valor relativo de distintos aspectos de la calidad entre profesionales de salud mental, usuarios y población general. Para ello, revisaron documentos de políticas vigentes en dicho país, donde analizaron aspectos relacionados con la calidad de la atención en salud mental a partir de normativas y métricas de calidad. Asimismo, llevaron a cabo grupos focales con usuarios y profesionales seleccionados mediante muestreo por conveniencia, utilizando una guía de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, basada en los elementos de calidad identificados en la revisión documental. A partir de ello, identificaron temas y subtemas, y posteriormente solicitaron a personas con experiencia en salud mental su opinión sobre los atributos seleccionados, con el fin de validar su pertinencia. El estudio identificó seis temas centrales considerados relevantes para la evaluación de la calidad de la atención: acceso a la atención, evaluación de los beneficios, coordinación, prestación de atención en salud mental, atención individualizada y el rol de los proveedores. En cuanto a la percepción de estos aspectos, tanto profesionales como usuarios mostraron una alta concordancia en sus opiniones. El aspecto “ser tratado con dignidad y respeto” fue señalado como el más significativo por ambos grupos. La coordinación y organización de los servicios resultó relevante para todas las muestras, siendo el aspecto más valorado por la población general. En relación con “ser escuchado cuidadosamente y tener tiempo para discutir necesidades y tratamiento”, se observó que fue importante para profesionales y usuarios, aunque tuvo menor relevancia para la población general. Si bien existió consenso general sobre los aspectos de la calidad más y menos valorados, se observaron diferencias en el orden y la magnitud de las preferencias, lo cual planteó interrogantes respecto a cuáles deberían priorizarse al momento de fundamentar decisiones de política pública. Se concluyó que

comprender los aspectos que pacientes y profesionales consideran importantes al evaluar la calidad es esencial para garantizar que las evaluaciones de calidad sean adecuadas.

En España, Benítez Ortega et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la calidad asistencial de los servicios de psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud desde la perspectiva de los profesionales. Para ello, realizaron una investigación descriptiva mediante la elaboración de un cuestionario de 39 ítems, que evaluó diversas dimensiones de la calidad asistencial: accesibilidad, idoneidad de las intervenciones en evaluación y tratamiento, seguridad, prevención y coordinación. Este cuestionario fue administrado de forma online y se diseñó específicamente para el estudio, ya que no se encontró en la literatura un instrumento que se ajustara a los objetivos planteados. Participó el 32,17% de la población total de profesionales. En relación con la dimensión de idoneidad de las intervenciones, se observó que los profesionales atendieron una media de 150 sesiones mensuales, cada una con una duración promedio de 33 minutos, a los que se les debía restar el tiempo destinado a registrar las sesiones en la historia clínica. La periodicidad entre sesiones fue, en promedio, de dos meses. Solo el 8,43% de los clínicos dispuso de materiales adecuados para tareas de diagnóstico, un 9,64% tuvo acceso directo a bases de datos clínicos de sus pacientes, y un 13,25% indicó que en sus dispositivos se realizaba una evaluación sistemática de los resultados de las intervenciones. Respecto a la dimensión de seguridad, el 54% de los profesionales consideró que la periodicidad de las sesiones excedía lo razonable y que esto condicionaba la evolución de los pacientes. Se concluyó que el estado de la calidad asistencial, según la valoración de los profesionales, fue deficiente en términos generales, siendo más evidente en las dimensiones de idoneidad de las intervenciones (particularmente en intensidad del tratamiento y disponibilidad de recursos materiales) y seguridad. Los resultados más satisfactorios fueron los correspondientes a las dimensiones de accesibilidad y coordinación asistencial. Finalmente, se concluyó que era urgente aumentar el número de profesionales especialistas en psicología clínica para reducir el riesgo asociado a la baja intensidad de los tratamientos psicológicos, así como también la necesidad establecer estándares de carga de trabajo para los psicólogos clínicos para poder ofrecer una calidad asistencial adecuada.

A nivel regional, Lima et al. (2021) se propuso el objetivo de identificar indicadores para utilizar en la gestión de Servicios de Salud Mental. El estudio tuvo una función

descriptiva y analítica, orientada a identificar los problemas que surgieron en las instituciones de salud mental y a promover el desarrollo de pautas significativas para la práctica. Para ello, se utilizó el método de Revisión Integradora, mediante el cual se llevó a cabo una amplia revisión de artículos científicos en distintas regiones del mundo: Latinoamérica, Europa, Asia y África. Se encontró que, en los países con ingresos bajos y medios, la implementación de indicadores presentó muchas más dificultades, debido a la falta de servicios básicos de salud mental, recursos financieros, interés político, sistemas de integración de datos y pautas de manejo de salud mental. A su vez, se observó que, si bien los países con altos ingresos contaban con sistemas planificados por el Estado, estos generaban servicios ineficientes y adoptaban decisiones sin considerar a las personas que utilizaban los servicios, lo cual los volvía inaccesibles e indiferentes. Se identificó que los profesionales y gerentes percibieron el uso de indicadores como una amenaza, por la falta de confiabilidad de los mismos y por la posibilidad de que se convirtieran en herramientas para penalizar el desempeño deficiente. Se concluyó que fue poco común encontrar programas de monitoreo de calidad en la literatura técnico-científica vinculada con la salud mental, dado que estos sistemas aún se encontraban en desarrollo y eran gestionados por agencias públicas, cuyo objetivo no era la publicación de resultados en revistas científicas. Finalmente, se planteó la necesidad de que la OMS estandarizara un conjunto de indicadores con suficiente flexibilidad y adaptabilidad para su aplicación en diferentes países.

1.6 Antecedentes Nacionales sobre la Investigación y Evaluación de Calidad de la Atención en Psicoterapia

En relación con la investigación en el ámbito de la Salud Mental en Uruguay, siguiendo a Fernández Castrillo (2017):

... en los últimos años se ha producido un incremento en la producción de conocimiento en general, y en particular en el campo de la Salud Mental. Estos estudios abordan distintas aristas: políticas públicas, investigación sobre intervenciones (principalmente en psicoterapia y rehabilitación), psicología y psicología clínica, estudios por líneas teóricas, estudios de impacto con medición

pre-post de las intervenciones en diferentes áreas, (en el campo jurídico, de la salud, la educación, organización del trabajo, etc. (p.66)

En Uruguay el interés por la investigación en el ámbito de la atención en psicoterapia ha aumentado notablemente, abarcando tanto el sistema de atención como el proceso y los resultados terapéuticos (Ginés, 2005). Este interés ha crecido gracias a la creación de grupos y el desarrollo de actividades de investigación empírica en psicoterapia dentro de universidades, sociedades científicas e instituciones privadas (Bernardi et al., 2004; Fernández Castrillo, 2017).

Los antecedentes más remotos vinculados a la investigación en psicoterapia y a la evaluación de la calidad de la atención, se remontan a una serie de investigaciones sobre los resultados de las psicoterapias llevados a cabo a partir del año 1990, por el Programa de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina en el Hospital de Clínicas (Fernández Castrillo et al., 2010). Estas investigaciones se desarrollaron en dos direcciones: el análisis de la disposición subjetiva de los protagonistas, denominado “Estado de Opinión”, y el estudio de las tareas programadas, llamado “Investigación de Procesos y Resultados” (Fernández Castrillo et al., 2010).

Uno de los primeros proyectos incorporó los primeros instrumentos cuantitativos para evaluar el programa, para lo cual diseñaron un cuestionario que completaron los terapeutas en dos secciones: una referida al terapeuta y otra al paciente y proceso psicoterapéutico. Se logró caracterizar a la población atendida, los perfiles de los psicoterapeutas y el desarrollo del tratamiento. Se observó que el 66% de los casos duraba entre 40 y 70 sesiones, sin altas antes del tercer mes, y con un promedio de alta a las 60 sesiones. Un 10% superó los dos años de tratamiento. En 1966 otro proyecto incorpora la perspectiva del paciente, con el objetivo de estudiar la permanencia del efecto terapéutico tras el alta y evaluar el modelo de asistencia. Se realizaron entrevistas de seguimiento hasta cuatro años después del tratamiento. Se observó que 23 de los 30 usuarios que consideraron que sus logros se mantuvieron, habían recibido un tratamiento de entre 12 y 36 meses. El 86% de los usuarios y terapeutas coincidieron en que se habían alcanzado los objetivos establecidos. Se concluyó que si se considera el logro de los objetivos como un indicador de satisfacción, tanto usuarios como terapeutas compartían un alto nivel de satisfacción respecto a los tratamientos realizados (Fernández Castrillo et al., 2010). En 2005 se creó otro proyecto en donde se estudió la

duración de la psicoterapia en función de variables del usuario, terapeuta, diseño terapéutico y marco social. Se encontró que el promedio de duración de los tratamientos fue de 36 meses (en un rango de 3 a 67 meses). Se observó que, a menor duración, los terapeutas tenían mayor antigüedad en el programa y atendían más pacientes. A su vez, los pacientes con menor duración presentaban defensas más estereotipadas y menor tolerancia a la ansiedad. Con mayor duración, se observó mayor motivación, insight y consenso terapéutico (Fernández Castrillo et al., 2010). En 2006 se creó el último proyecto para analizar la efectividad de los mecanismos de derivación. Se estudiaron las características y correlaciones entre los pacientes que concretaron la derivación y de los que no lo hicieron. Se observó que el tiempo de espera influía directamente: quienes concretaban la derivación esperaban 6 meses en promedio, frente a 11 meses en quienes no lo hacían. Además, más de la mitad de estos últimos tenía antecedentes de atención psiquiátrica (Fernández Castrillo et al., 2010).

Por otro lado, Rydel (2015) estudió las intervenciones psicológicas en servicios de salud del Primer Nivel de Atención de ASSE, en el marco del SNIS, con el objetivo de investigar la satisfacción de los usuarios con la atención psicológica recibida y su vínculo con el bienestar psicológico y la calidad de vida. Utilizó un diseño descriptivo longitudinal no experimental, con una muestra de 49 usuarios seleccionada por conveniencia, aplicando el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8-S), el Symptom Check List-90 Revised (SCL-90R) para evaluar bienestar psicológico, y el Promis Global Health Measure 10 (PGHM) para evaluar bienestar general y calidad de vida. Se halló que los usuarios reportaron un alto grado de satisfacción con la atención recibida. Además, se evidenció que luego de tres meses del inicio de la intervención psicológica, los usuarios mejoraron respecto al bienestar psicológico. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico, la mejoría sintomática y la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

Escudero (2015) realizó una investigación, con el objetivo de contribuir a la comprensión y problematización del papel emergente de la psicología en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), desde la perspectiva de los actores involucrados. Llevó a cabo entrevistas en profundidad a 20 informantes calificados, entre ellos psicólogos, psiquiatras y personal clásico del campo de la salud. Respecto a los hallazgos, se destacaron prácticas de gestión que imposibilitaban un cambio de modelo de atención, servicios

desbordados por una gran demanda de los usuarios y restringidas acciones interdisciplinarias. Se observó que la organización administrativa de los procesos dificultaba el abordaje del sufrimiento del usuario, así como también se evidenció una gran asimilación de las prácticas psicológicas a las prácticas médicas.

Fernández Castrillo (2017) llevó a cabo una investigación en la que se analizaron las prestaciones de salud mental dentro del marco del SNIS durante los primeros dos años de implementación del PIPSM. Se indagó sobre la perspectiva de los distintos actores involucrados, tomando como informantes calificados a políticos y gestores, técnicos y académicos, con especial atención a los usuarios. Se realizaron entrevistas en profundidad, grupos focales, cuestionarios y revisión documental. Respecto a la perspectiva de los técnicos, la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) sostuvo una mirada crítica a la reforma en salud mental, denunciando una medicalización del sufrimiento humano y que la psicoterapia propuesta iba en detrimento de otras intervenciones. De igual forma, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) cuestionó la formación de los técnicos y la falta de apoyo mediante supervisión o guías clínicas. Desde el ámbito académico, se planteó la falta de discusión sobre qué constituye un abordaje psicoterapéutico y psicosocial, así como la carencia de formación de psicoterapeutas a nivel nacional. También se criticó la poca presencia de la figura del supervisor en el plan. Se afirmó la necesidad de ajustes, dado que el modelo provenía de la práctica en consultorio privado. Como conclusión, se destacó que las IAMC se limitaron a cumplir con los requisitos mínimos. Los profesionales se vieron afectados, ya que aquellos que provenían del ejercicio privado enfrentaron regulaciones institucionales que restringieron su práctica. A pesar de las condiciones laborales precarias, esta posibilidad les ofreció cierta estabilidad profesional. Se planteó que el PIPSM no contemplaba adecuadamente la necesidad de supervisión y capacitación continua. Finalmente, se concluyó sobre la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo y formar recursos humanos adecuados mediante posgrados o la creación de nuevas carreras (Fernández Castrillo, 2017).

Artola (2020) se propuso analizar y describir las vivencias de los usuarios que realizaron psicoterapias en el marco de las prestaciones del SNIS, en relación con los cambios auto percibidos y las características de la atención recibida. Empleó una metodología cualitativa de alcance exploratorio, llevando a cabo entrevistas en profundidad a usuarios

adultos que finalizaron sus psicoterapias en una mutualista, revisando historias clínicas y aplicando un cuestionario elaborado por la autora. Se encontró que todos los pacientes consideraron que hubo cambios como consecuencia de la psicoterapia, vivenciando transformaciones a nivel cognitivo, comportamental y afectivo. La accesibilidad fue un componente especialmente valorado por los usuarios, y se destacó el vínculo con el terapeuta como un factor central en el proceso de cambio.

Por último, un trabajo reciente sobre calidad de la atención lo constituye el estudio realizado por Dogmanas et al. (2022) que tuvo por objetivo evaluar la implementación de un sistema para establecer características y resultados de los abordajes psicoterapéuticos recibidos por los jóvenes en el SNIS. Participaron 69 jóvenes y 26 terapeutas, a quienes se les aplicó el cuestionario Clinical Outcome Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) y una entrevista semiestructurada para evaluar la percepción del cambio. Como resultados en cuanto a las características de los abordajes, el psicoanalítico focal fue el más común, debido a la orientación teórica de la mayoría de los terapeutas. Respecto a la duración del tratamiento psicológico se observó que es más probable que los pacientes suspendan el tratamiento tempranamente o continúen hacia el final de la intervención. Respecto a los principales resultados, observaron una disminución significativa del malestar psicológico de los usuarios, así como un elevado número de abandonos de los tratamientos. Se concluyó que el CORE-OM resulta ser una herramienta valiosa y se discuten los obstáculos para implantar sistemas de evaluación de resultados en los servicios de Salud Mental.

Capítulo 2: Marco de Referencia

2.1. Calidad de la Atención en Salud

Este capítulo aborda los desarrollos históricos y actuales en torno a la calidad de la atención en salud, examinando cómo estos enfoques han contribuido a la mejora continua de los estándares de calidad en el sector salud. Además, se presentan definiciones clave sobre la calidad de la atención propuestas por las organizaciones más relevantes en el ámbito de la salud.

2.1.1. Origen y Evolución de la Calidad de la Atención en Salud

El concepto de calidad en la atención de la salud experimentó una evolución significativa desde sus orígenes, posicionándose como un elemento esencial en los sistemas de salud modernos (Powell & Rowen, 2022). El interés sistemático en este ámbito comenzó a consolidarse en la primera mitad del siglo impulsado por preocupaciones relacionadas con la eficacia y la seguridad de las intervenciones médicas (Silberman et al., 2014).

Uno de los primeros enfoques formales para evaluar la calidad de la atención en salud fueron los trabajos de Donabedian, quien en 1966 publicó un artículo fundamental en el que introdujo el concepto de proceso asistencial y propuso un marco conceptual para la evaluación de la calidad de la atención médica (Silberman et al., 2014). Este marco se basó en tres componentes clave: Estructura, Proceso y Resultado (Donabedian, 2001). Desde entonces, el modelo se convirtió en un referente central para la evaluación de la calidad en el ámbito de la salud en general (Torres Samuel y Vásquez Stanescu, 2018). Durante la década de 1980, Donabedian enfatizó la importancia de una atención fundamentada en la evidencia y de la evaluación continua de los resultados obtenidos (Donabedian, 2001). A partir de la década de 1990, Donabedian y otros expertos comenzaron a subrayar la importancia de minimizar los errores médicos y de mejorar la seguridad del paciente, entendida como la ausencia de daños y minimización del riesgo (OMS, 2023) a través de prácticas basadas en evidencia (Silberman et al., 2014). Según Boaden et al. (2017) la mejora continua de la

calidad fue ganando relevancia, la cual implica una evaluación y ajuste constante de procesos para optimizar los resultados en salud. Por otro lado, el enfoque centrado en el paciente comienza a destacarse, el cual busca adaptar la atención a las necesidades y preferencias individuales de los pacientes, promoviendo un servicio más personalizado y eficaz (Rodríguez et al., 2014).

En síntesis, el estudio de la calidad de la atención en salud ha evolucionado desde una preocupación inicial por la eficacia y seguridad del paciente, hasta un enfoque integral que abarca la mejora continua y la personalización según necesidades del paciente (Boaden et al., 2017; Donabedian, 2001; Kilbourne et al., 2018; Silberman et al., 2014).

2.1.2. Concepto de Calidad de Atención en Salud

El concepto de calidad de la atención en salud abarca múltiples dimensiones. Donabedian (2001) afirma que este concepto:

... es una idea extraordinariamente difícil de definir. Tal vez la definición más conocida sea ... como atributos o propiedades del proceso de la prestación de atención y otros, como metas u objetivos de ese proceso ... los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención. En ese sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que ésta es una parte. (p.11)

A pesar de la dificultad en su conceptualización, los expertos en el tema coinciden en emplear como referencia el marco conceptual sistematizado por Avedis Donabedian (Aguirre Gas, 2002; Salinas y González, 2006; Silberman et al., 2014), quien ha definido a la calidad de la atención de la siguiente manera:

El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. (Donabedian, 2001, p.203)

Actualmente, la OMS la conceptualiza como:

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios ... la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades. (OMS, 2020, párr.9)

La OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el Banco Mundial, han recomendado la colaboración entre actores clave como los gobiernos, sistemas de salud, ciudadanos, pacientes y personal sanitario, para alcanzar el objetivo de una atención sanitaria de calidad (OMS, 2020). Estos organismos enfatizan que, para asegurar una prestación de servicios de alta calidad, es fundamental contar con políticas y enfoques nacionales orientados a mejorar la atención; disponer de profesionales de la salud competentes, apoyados y motivados; implementar sistemas de información que permitan la supervisión y mejora continua; contar con establecimientos debidamente equipados y asegurar la disponibilidad de dispositivos y tecnologías seguras y reguladas.

2.2. Evaluación de la Calidad en la Atención según el Modelo de Donabedian

La determinación de los métodos adecuados para la evaluación de la calidad en la atención en salud ha suscitado controversias entre diversos autores (Aguirre Gas, 2002). A pesar de décadas de investigación, persisten enfoques divergentes para evaluar la calidad, lo cual evidencia la naturaleza heterogénea de las propuestas actuales (Torres Samuel y Vásquez Stanescu, 2018).

Este estudio se centrará en el modelo propuesto por Donabedian debido a que ha sido ampliamente utilizado y es considerado un referente en la temática.

El modelo desarrollado por Donabedian (2001) presenta un enfoque sistemático, mediante el cual postula que la calidad de la atención en salud puede evaluarse a través de tres componentes del proceso de atención: estructura, procesos y resultados. Este modelo

constituyó un avance significativo en la evolución conceptual y metodológica del término en el contexto sanitario (Silberman et al., 2014), y es empleado en numerosos estudios como base general para la evaluación de la calidad de la atención en la salud (Aguirre Gas, 2022; Salinas y González, 2006).

Siguiendo a Salinas y González, (2006), Donabedian define a la estructura como un conjunto de características estables del entorno en el cual se proporciona la atención sanitaria, incluyendo "... los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención" (Donabedian, 2001, p.31). Los aspectos y elementos que comprende la estructura del proceso asistencial según Donabedian (2001) son:

1. Las instalaciones: abarca la disponibilidad de instalaciones adecuadas para el tipo de paciente y servicio, la infraestructura establecida, las condiciones del lugar físico y su ubicación geográfica.
2. El equipamiento: incluye la existencia, idoneidad y estado de los equipos necesarios para la atención, así como el acceso a otros recursos, materiales e insumos requeridos.
3. Los recursos humanos: se refiere al personal de salud, considerando tanto su cantidad en relación con el número de usuarios que reciben atención, como la cualificación e idoneidad del mismo, además de su combinación y organización.
4. La administración y sistemas de gestión: engloba toda la estructura administrativa, así como la gestión, control y funcionamiento de programas e instituciones que brindan atención médica.
5. Los recursos financieros: se centran en la organización fiscal y en los recursos económicos disponibles para el funcionamiento adecuado del sistema de atención en salud.

Donabedian (2001) sostiene que una estructura adecuada debe diseñarse para facilitar la provisión de atención de alta calidad, lo que implica la disponibilidad de recursos suficientes y apropiados, así como la implementación de normas y procedimientos que guíen la práctica clínica (Aguirre Gas, 2022). La evaluación de la estructura, por lo tanto, implica emitir un juicio y determinar si la atención se proporciona en condiciones que faciliten y permitan, o que limiten y obstaculicen la capacidad de los proveedores de atención para

ofrecer servicios de calidad (Donabedian, 2001). Siguiendo a Salinas y González (2006) su evaluación parte de la premisa de que la calidad de los recursos disponibles afecta directamente la calidad del servicio ofrecido, y un método común para garantizar que la estructura sea adecuada es a través del proceso de acreditación.

Respecto al elemento de procesos, este incluye la totalidad de actividades, actos clínicos y administrativos que se llevan a cabo desde el establecimiento del contacto con el paciente hasta su alta o la conclusión del tratamiento (Donabedian, 2001). Puede ser comprendido como: "... cada una de las etapas por las que transita un paciente a través de la estructura sanitaria" (Silberman et al., 2014, p.31). Siguiendo a Donabedian (2001) el proceso abarca lo siguiente:

1. El diagnóstico: abarca todas las actividades relacionadas con la identificación de la enfermedad o condición del paciente.
2. La planificación y ejecución del tratamiento: comprende la administración de terapias y la implementación de intervenciones. Se propone que la calidad de este proceso se evalúe observando el cumplimiento de las mejores prácticas y la efectividad y oportunidad en la administración de los tratamientos, además de su conformidad y adherencia con las guías clínicas basadas en la evidencia.
3. La interacción entre el paciente y el personal médico, así como también la coordinación y la interacción con el personal no médico.

En síntesis, el componente de procesos refiere a todas las actividades terapéuticas, diagnósticas y preventivas que se llevan a cabo en la atención a la salud, así como las administrativas y la coordinación de los dispositivos (Donabedian, 2001).

Por último, Donabedian (2001) define los resultados como el impacto final de la atención sanitaria sobre la salud del paciente. Este concepto se refiere a los logros en materia de salud, así como a los cambios psicopatológicos y sociales del usuario, el grado de satisfacción experimentado por este y las modificaciones en su calidad de vida (Aranaz et al., 2008, como se citó en Álvarez Valenzuela, 2017). En relación a los estudios de calidad, la utilización de resultados como forma de evaluar la calidad de la atención ha sido utilizada ampliamente y además ofrece varias ventajas (Donabedian, 2001). Siguiendo a Mira et al. (1999) es fundamental tener en cuenta que la evaluación no se limita únicamente a los resultados técnicos sino a la satisfacción del paciente. De esta forma, la atención en salud

debe proporcionarse de manera que no solo promueva el bienestar del paciente, sino que también sea coherente con sus preferencias y expectativas (Salinas y González, 2006).

2.3. Calidad de la Atención en Salud Mental

Este apartado explora la definición y los aspectos de la calidad de la atención en el ámbito de la Salud Mental, destacando las concepciones de los organismos internacionales.

Al respecto, la OMS ha desempeñado un papel crucial en la definición y promoción de estándares internacionales para la calidad de la atención en Salud Mental, definiéndola de la siguiente manera:

... una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Esta definición incorpora dos componentes: 1) para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos y 2) para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual. (OMS, 2003, p.2)

En 2012, la OMS publicó el Quality Rights Toolkit, el cual proporciona directrices y herramientas para mejorar la calidad de los servicios de salud mental, garantizando que estos cumplan con los estándares de derechos humanos y buenas prácticas. La calidad de la atención en salud mental se define como la capacidad de los servicios para ofrecer una atención segura y efectiva que promueva el bienestar mental de las personas (WHO, 2012). Este trabajo incluye herramientas y recursos destinados a ayudar a las instituciones y a los profesionales en la evaluación de sus prácticas actuales en relación con los estándares de calidad y derechos humanos. Además, subraya la importancia de la atención basada en la evidencia, la accesibilidad y la equidad (WHO, 2012).

La OPS promueve un enfoque integral para la calidad de la atención en salud mental. Esta calidad se define en términos de la eficacia de las intervenciones, la accesibilidad y la personalización del tratamiento de acuerdo con las necesidades de los pacientes. Además, al igual que la OMS, destaca la importancia de la formación continua de los profesionales y el uso de prácticas basadas en la evidencia (OPS, 2020).

En Europa, el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE) del Reino Unido, concibe la calidad en la atención en salud mental como la prestación de cuidados que sean seguros, basados en la mejor evidencia disponible, y que consideren las necesidades y preferencias individuales de los pacientes (Leng et al., 2008; NICE, 2011; NICE, 2019). Este organismo establece que la calidad de la psicoterapia se fundamenta en la eficacia de las intervenciones y el cumplimiento de los estándares clínicos establecidos.

Las concepciones actuales de la calidad de la atención en salud mental, tal como son definidas por los organismos internacionales, destacan la importancia de la seguridad de los tratamientos (reducción del riesgo y eventos adversos), proporcionar una atención basada en la evidencia, la accesibilidad, la personalización para el paciente, que fomente la mejora continua y que garantice la equidad en la prestación de servicios (NICE, 2011; NICE, 2019; OMS, 2003; OPS, 2018).

Por último, cabe destacar que según Kilbourne et al. (2018) a nivel mundial, los esfuerzos para estandarizar la medición de la calidad en la atención de salud mental avanzan de manera gradual y al mismo tiempo representan un desafío, dado que la evaluación varía en función de cómo se organizan los servicios en cada país. Como expone el autor, se han utilizado mediciones de estructura, proceso y resultados para la acreditación, el establecimiento de normas, la mejora de calidad y la rendición de cuentas en la atención de salud y salud mental. El autor expone que en todo el mundo, la evaluación de la calidad de atención en salud mental, presenta una estructura débil, lo cual se debe a varios factores vinculados específicamente con el campo de la salud mental, como lo son: barreras políticas, tecnológicas, falta de evidencia científica para medición de calidad en salud mental y limitaciones culturales para la integración de la salud mental en los servicios de salud.

2.4. Concepto de Psicoterapia

En el ámbito de la salud mental, la psicoterapia ha surgido como una modalidad de tratamiento efectiva para abordar una amplia gama de trastornos mentales, así como también la evidencia empírica respalda su eficacia en la mejora de la salud mental y el bienestar general de los pacientes (APA, 2019). Diversas investigaciones han demostrado que la

psicoterapia puede producir mejoras significativas en los síntomas de ansiedad, depresión y trastornos del estado de ánimo (Cuijpers et al., 2014; Hofmann et al., 2012).

Siguiendo a Feixas y Miro (1993) la búsqueda de una definición clara y sistemática de la psicoterapia ha sido una preocupación para los investigadores, ya que la amplia variedad de enfoques psicoterapéuticos da lugar a una extensa diversidad de definiciones de psicoterapia. Muchas de estas definiciones se relacionan con el modelo específico que se utiliza para comprender el proceso y los objetivos terapéuticos.

Para el presente trabajo, se adoptará como base la definición de psicoterapia establecida en el PIPSM dado que esta reúne elementos comunes de diversas definiciones propuestas por autores de distintos modelos psicoterapéuticos:

... 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, para promover el cambio psíquico, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos. (MSP, 2011, p.6)

Siguiendo a Bernardi et al. (2004) el primer aspecto de esta definición sugiere que el tratamiento debe ser llevado a cabo por un profesional, lo que implica que quienes lo ejercen deben poseer una formación especializada. Como expone el autor, en el contexto de Uruguay, se considera que la formación profesional mínima puede ser en Psiquiatría o Psicología; sin embargo, estos requisitos varían según el país, ya que en algunas jurisdicciones la psicoterapia se ofrece como parte de una formación de grado.

El segundo aspecto que merece atención, son los procedimientos psicológicos y el conocimiento sobre el psiquismo. Las psicoterapias comprenden un conjunto de técnicas fundamentadas en conocimientos teóricos que abordan los aspectos etiológicos, psicopatológicos y terapéuticos de los problemas que tratan (Bernardi et al., 2004). La diferencia fundamental entre las psicoterapias formales y las ayudas espontáneas entre personas, radica en que las primeras están respaldadas por un marco teórico y un conjunto de técnicas específicas, las cuales se estructuran como intervenciones replicables y evaluables (Bernardi et al., 2004).

El tercer y último aspecto a destacar de la definición, es la promoción del cambio psíquico, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y favorecer el desarrollo integral de la

persona y sus vínculos. Es relevante señalar que este sufrimiento puede derivar de un trastorno identificable o puede corresponder a problemas y conflictos que, a pesar de no ingresar en una clasificación nosográfica, pueden perturbar el desarrollo de la persona y generar malestar (Bernardi et al., 2004).

2.5. Psicoterapia en Servicios de Salud y Evaluación de su Calidad

La Segunda Guerra Mundial fue crucial para la incorporación de la disciplina psicoterapéutica en los hospitales, debido a las necesidades asistenciales que surgieron a raíz de las afectaciones psíquicas en la población. Esto no solo facilitó el desarrollo de la psicoterapia como práctica, sino que también promovió la investigación en este ámbito (Feixas y Miro, 1993; García, 2009). A mediados del siglo XX, la psicoterapia se integró en los sistemas de salud de Estados Unidos y el Reino Unido (García, 2009). Este proceso llevó al reconocimiento definitivo de la dimensión terapéutica de la psicología clínica, así como a la incorporación de un número significativo de psicólogos en las tareas asistenciales (Feixas y Miro, 1993).

En Uruguay, la incorporación universal de la psicoterapia en los servicios de salud dentro del SNIS se realiza en el marco de una política pública, lo cual promueve una visión de la salud mental como un componente inseparable de la salud integral (MSP, 2011). De esta manera el acceso a las psicoterapias es considerado parte fundamental del acceso a la salud en su conjunto, posicionando la salud mental como un asunto de salud pública (Artola, 2020).

Ahora bien, como se ha expuesto en secciones anteriores, la evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud mental y psicoterapia resulta fundamental para garantizar que las intervenciones sean efectivas, seguras y satisfactorias para los usuarios (OMS, 2012; WHO, 2006).

Siguiendo a Salinas y González (2006) a pesar de que la implementación de métodos para evaluar la calidad en los servicios de salud ha generado mejoras significativas en la atención médica, esta misma tendencia no se observa con igual efectividad en el ámbito de la psicoterapia. Según los autores, la tendencia en la evaluación de la calidad de la atención en salud mental se ha orientado hacia la evaluación de la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, esta tendencia refleja una visión que limita la evaluación de la calidad de la

atención psicológica a la medida de satisfacción expresada por los usuarios del servicio. Tal como expresan los autores:

Si bien esta estrategia de aproximarse a la calidad es importante en la medida en que se obtiene información para establecer el grado en que los servicios de atención psicológica están satisfaciendo las necesidades de los usuarios, también es cierto que es un indicador muy limitado y a veces cuestionable en la medida en que no existen otros indicadores relacionados con la estructura, el proceso y algunos parámetros científicamente derivados de los resultados. Así, el reporte de satisfacción de los usuarios nos ofrece información valiosa, pero de utilidad limitada para apreciar en toda su dimensión la calidad con la que se está ofreciendo un servicio y detectar las áreas de mejora del mismo. (Salinas y González, 2006, párr.38)

Además, el uso de la satisfacción del usuario como indicador de la efectividad de los tratamientos ha sido objeto de debate, ya que algunas investigaciones han demostrado que no necesariamente existe una correlación entre el grado de satisfacción del usuario y la mejora en su estado de salud (Dogmanas, 2014).

Según Salinas y González (2006) garantizar la confiabilidad y validez en la evaluación de la calidad de la atención requiere un enfoque integral y sistemático, que abarque la estructura, el proceso y los resultados del servicio, siguiendo el modelo propuesto por Donabedian.

En el ámbito de la medicina, existen modelos e investigaciones ampliamente desarrolladas en la evaluación de la calidad de la atención (Aguirre Gas, 2002). Aunque estos modelos no pueden aplicarse de forma directa a contextos de atención psicoterapéutica debido a las diferencias inherentes a la naturaleza de ambas disciplinas, Salinas y González (2006) consideran que algunas propuestas y clasificaciones podrían adaptarse a las características particulares de la práctica psicológica y psicoterapéutica. Para esto, los autores destacan varios aspectos claves a tener presente. En primer lugar, es necesario que la atención psicológica se realice en servicios de salud y en contextos de prácticas psicológicas especializadas, como la psicoterapia. Además, es fundamental que se definan de manera clara el proceso y las etapas de atención, así como los procedimientos específicos que puedan influir en cada fase. Finalmente, resulta indispensable contar con una identificación exhaustiva de la estructura organizacional de la institución, que incluya los recursos

materiales, humanos y sus características (Salinas y González, 2006). Asimismo, la calidad en psicoterapia debe considerar de base los siguientes parámetros:

1) Prestar servicios de atención psicoterapéutica, de acuerdo al estado actual de la ciencia. 2) Proporcionar a los usuarios del servicio la orientación apropiada a sus necesidades. 3) Otorgar en forma idónea la atención psicoterapéutica de que se es capaz y de acuerdo con el desarrollo actual en las teorías y conforme a los adelantos en la psicología moderna. 4) Lograr orientaciones y cambios de conducta que satisfagan a los usuarios y sus grupos de origen y/o referencia socio-cultural. (Salinas y González, 2006, párr. 49)

En este contexto, es fundamental subrayar que la formulación y diseño de parámetros específicos e indicadores de calidad en la atención psicológica debe ser un proceso colaborativo que involucre a la comunidad científica, a los profesionales del área, a los responsables de las políticas de salud, a los usuarios de los servicios psicológicos y a la sociedad en su conjunto (Salinas y González, 2006).

2.5.1 Adaptación del Modelo de Donabedian para la Psicoterapia en Servicios de salud

Siguiendo a Salinas y González (2006) la práctica psicoterapéutica, al presentar similitudes con la práctica médica, encuentra en el modelo de Donabedian un marco de referencia adecuado para la evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la psicología clínica. Como exponen los autores, este modelo, además, facilita el desarrollo de indicadores específicos para la psicoterapia, al permitir la evaluación sistemática de diversos aspectos del servicio y su impacto en los usuarios.

Estos autores han señalado elementos y aspectos a tener en cuenta dentro de la estructura y el proceso de la calidad asistencial en psicoterapia que resultan relevantes y que por lo tanto podrían ser considerados para su evaluación. A su vez, como se expuso anteriormente, organismos internacionales han brindado sugerencias sobre qué aspectos se deberían de tener en cuenta. A continuación, se presentan algunos de estos elementos que podrían considerarse para la evaluación de calidad en la atención psicoterapéutica y resultan pertinentes para el presente estudio.

2.5.1.1. Evaluación de Estructura en la Calidad de la Atención Psicoterapéutica.

Siguiendo a Salinas y González (2006) la estructura de la calidad de la atención psicoterapéutica hace alusión al espacio físico, la ubicación geográfica, los instrumentos empleados, materiales y equipamiento, los recursos humanos, su cualificación, los recursos financieros y los aspectos administrativos y organizativos.

Los autores proponen dos dimensiones relevantes a investigar de la estructura en la atención psicoterapéutica a tener en cuenta. El primero es la disponibilidad de horas terapeuta y cantidad de consultorios por número de población objetivo. El segundo es la accesibilidad, en relación con la consideración de barreras que podrían dificultar el uso de servicio, como lo son las barreras económicas de los usuarios frente a las tarifas, barreras de localización por la ubicación del consultorio, horarios de atención, barreras culturales, entre otras.

Al respecto del espacio físico, Hirsch (s.f) realiza una pauta para evaluar la calidad del servicio de psicoterapia, y propone la realización de un relevamiento del estado de comodidad y nivel de accesibilidad del consultorio. En cuanto a esto, cabe destacar que varias investigaciones han concluido que el estado, comodidad, privacidad y accesibilidad del espacio físico en donde se lleva a cabo la psicoterapia afecta al compromiso, el proceso, el vínculo y el desarrollo del tratamiento psicoterapéutico (Lea, 2021; Taiwo et al., 2023).

Asimismo Fairburn & Cooper (2011) destacan la importancia de la competencia del terapeuta para alcanzar resultados positivos en psicoterapia. Al respecto cabe destacar que en muchos países de América Latina, la estandarización de la formación y la acreditación de los profesionales de la psicoterapia se encuentra en desarrollo (García, 2016). Organizaciones profesionales, como la APA y la European Association for Psychotherapy (EAP), establecen estándares para la formación y certificación de los psicoterapeutas (APA, 2013), los cuales ayudan a garantizar que los profesionales cuenten con la preparación necesaria para brindar una atención de calidad. Sin embargo Fairburn & Cooper (2011) establecen que los métodos de formación en psicoterapia no han variado a lo largo del tiempo, y a su vez se ha pasado por alto la medición de los resultados de estas formaciones. De esta forma, es que la cualificación y formación continua de los profesionales en psicoterapia se presentan como factores que optimizan los resultados terapéuticos y por lo tanto, elevan el estándar en la calidad de la atención (Fairburn & Cooper, 2011).

Por último, otro aspecto relevante a evaluar es la influencia de la infraestructura administrativa en el acto psicoterapéutico, ya que de ella depende la disponibilidad oportuna del personal, así como de los instrumentos y recursos necesarios para su adecuado desarrollo (Salinas y González, 2006).

2.5.1.2. Evaluación de Procesos en la Calidad de la Atención Psicoterapéutica. El componente de procesos en la atención psicoterapéutica abarca todas las actividades y métodos utilizados en la prestación de la atención, englobando todas las acciones del sistema sanitario, incluyendo el personal de salud y administrativo, con el paciente (Salinas y González, 2006).

Respecto a las actividades realizadas para la prestación de psicoterapia en servicios de salud, Salinas y González, (2006) diferencian tres tipos de actividades: las de servicios finales (ligadas a los objetivos del usuario y el proveedor, ejemplo las consultas en psicoterapia), las de servicios intermedios (servicios de diagnóstico, referencia temporal a otros profesionales y/o áreas del prestador de servicio), y por último las administrativas (ejemplo: las derivaciones, los reportes, llenado de informes, asesorías con supervisor, etc.).

Respecto a la actividad psicoterapéutica. afirman que:

... es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada. De esta manera se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica. (Saura, 1997 citado en Salinas y González, 2006, párr.16)

Esta dimensión de la evaluación de la calidad se basa en la premisa de que la obtención de buenos resultados es posible mediante la aplicación planificada del conocimiento disponible y la tecnología necesaria. A su vez esto reduce la variabilidad en la práctica clínica, minimiza las diferencias en la indicación terapéutica y promueve tratamientos seguros (Aranaz et al., 2008, citado en Álvarez Valenzuela, 2017; Salinas y González, 2006). En este marco las guías clínicas son documentos elaborados de manera

sistemática, destinados a asistir tanto a los profesionales de la salud, como a los pacientes, en la toma de decisiones. Su principal objetivo es el de proporcionar una atención adecuada y segura en contextos específicos de salud y enfermedad (Salinas y González, 2006). Siguiendo a Bernardi et al. (2004) el uso de guías clínicas se enmarca en la propuesta de la “Medicina Basada en Evidencias, ... cuya práctica busca “integrar la destreza clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible, proveniente de la investigación científica” (p.102). En relación a esto, es pertinente resaltar que:

Las guías no son recetas de cocina, ni expresión de las ideas personales de quienes las elaboran. No pretenden sustituir al arte clínico, ni dicen qué decisión tomar, sino que buscan identificar los problemas relevantes y aportar pruebas o evidencia sobre la base de investigaciones más rigurosas, que, unidas al juicio clínico individual y a los valores y expectativas del paciente, pueden ayudar a tomar la mejor decisión en interés del paciente. Buscan promover ... decisiones que tengan una mejor fundamentación científica, reduciendo las acciones terapéuticas arbitrarias, injustificadas o basadas en razones puramente especulativas. (Bernardi et al., 2004, p.102)

Respecto a las actividades administrativas, Hirsch (s.f), sugiere la evaluación del personal que realiza la admisión al servicio, la información confiable para la identificación del terapeuta más indicado a la problemática del paciente, así como la evaluación del sistema informático que integra la historia clínica y otros procesos administrativos. Por último, plantea la relevancia de la evaluación del sistema de comunicación interna de las actividades que se desarrollan.

Capítulo 3: Problema de Investigación y Objetivos

3.1. Formulación del Problema de Investigación

En Uruguay, a partir de 2011, se implementó el PIPSM en el marco del SNIS, con el objetivo de responder a la necesidad de abordar la salud mental de la población mediante dispositivos de intervención psicoterapéutica. Esta iniciativa ha requerido una considerable inversión económica; sin embargo, a más de una década luego de su implementación, son escasas las investigaciones y los datos recabados para su monitoreo.

La evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la salud mental a nivel mundial constituye un proceso complejo y ha sido objeto de menos investigación en comparación con otras áreas de la salud, como la medicina. En este contexto, resulta fundamental desarrollar investigaciones desde diversas metodologías y perspectivas, que permitan identificar tanto las barreras como las fortalezas para mejorar la calidad en la atención de las prestaciones que atiende la salud mental de la población Uruguaya.

En particular, en el contexto nacional, el PIPSM implicó la incorporación de psicólogos a la tarea asistencial de psicoterapia en los prestadores de salud. Esto ha llevado a estos profesionales a modificar y adaptar las prácticas que, en su mayoría, realizaban de manera autónoma en el ámbito privado, ajustándolas a las normativas establecidas por el PIPSM y a los prestadores de salud en donde ejercen su labor.

En este sentido, la investigación y consideración de las percepciones de los psicólogos que brindan dichas prestaciones adquiere gran relevancia para identificar fortalezas y limitaciones que permitan avanzar hacia una mejora en la calidad de la atención.

Este proyecto de investigación tiene como objetivo describir las prácticas de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia, así como explorar la percepción que estos profesionales tienen sobre la calidad de las prestaciones de psicoterapia enmarcadas en el PIPSM. Se considera que en las percepciones de los profesionales proporcionan un conocimiento y entendimiento profundo de las necesidades y demandas de la población atendida, y de cómo los recursos disponibles potencian o limitan los objetivos de su práctica y el funcionamiento de estos servicios.

3.2. Preguntas de Investigación

1. ¿De qué manera se desarrolla la práctica de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia en los prestadores privados de salud del SNIS, en el marco de la normativa del PIPSM?

2. ¿Cómo perciben los psicólogos los aspectos de estructura y proceso vinculados a la calidad de la atención psicoterapéutica en los prestadores privados de salud de acuerdo con la normativa del PIPSM?

3. ¿Qué fortalezas y limitaciones perciben los psicólogos sobre las prestaciones de psicoterapia en los prestadores privados de salud según la normativa del PIPSM?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo General

Contribuir al desarrollo de conocimiento sobre la implementación del PIPSM a través de la exploración de las percepciones de los psicólogos en relación con el funcionamiento de la atención psicoterapéutica en los prestadores privados de salud y la calidad de la atención brindada en la ciudad de Montevideo.

3.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir la práctica de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia en los prestadores privados de salud de la ciudad de Montevideo, en el marco de la normativa del PIPSM.

2. Analizar las percepciones de los psicólogos sobre los aspectos de estructura y proceso de la calidad de la atención de las prestaciones de psicoterapia en los prestadores privados de salud de la ciudad de Montevideo, en el marco de la normativa del PIPSM.

3. Identificar fortalezas y limitaciones percibidas por los psicólogos en las prestaciones de psicoterapia, considerando las condiciones establecidas por el PIPSM y el contexto de los prestadores privados de salud en la ciudad de Montevideo.

Capítulo 4: Metodología

4.1. Enfoque Metodológico

El presente proyecto se llevó a cabo a partir de una metodología cualitativa de investigación, debido a que esta permite comprender la complejidad de las experiencias desde el punto de vista de las personas que la viven (Taylor & Bogdan, 1990). En este estudio, interesa particularmente comprender la perspectiva de los psicólogos que brindan atención psicoterapéutica y que trabajan enmarcados en la normativa que plantea el PIPSM.

El alcance de la investigación es exploratorio, lo cual se justifica debido a las pocas investigaciones acerca de la percepción de los profesionales sobre la calidad de los abordajes psicoterapéuticos del PIPSM. Siguiendo a Hernández Sampieri et al. (2014) los estudios exploratorios tienen como fin:

(...) examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se han abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas. (p. 91)

Otro de los propósitos de esta investigación, acorde a la función de los estudios exploratorios, es sentar las bases para estudios futuros, en este caso, sobre la evaluación de la calidad de la atención de estas prestaciones.

Asimismo, esta investigación se constituye como descriptiva, ya que interesa describir desde la perspectiva de los psicólogos, cómo se desarrollan y caracterizan sus prácticas, así como el funcionamiento real de las prestaciones de psicoterapia en los prestadores de salud.

Respecto a la investigación sobre los sistemas sanitarios y políticas públicas, siguiendo a March Cerdà et al. (1999), la incorporación de métodos cualitativos resulta valioso para lograr una comprensión profunda del fenómeno que se busca investigar o evaluar desde la perspectiva de los sujetos involucrados. Además, argumentan que los estudios cualitativos contribuyen a una mejor comprensión de los procesos y realidades

relacionados con los desafíos actuales en el ámbito de la salud pública. Al decir de los autores:

... las técnicas cualitativas permiten a los sujetos del estudio, gestores, profesionales, usuarios, ciudadanos, hablar y expresarse libre y espontáneamente ... esta información proporciona datos que, en muchas ocasiones, son de difícil acceso para el investigador o, inclusive, imposible de obtener por otras vías. ... Las técnicas cualitativas pueden ser utilizadas en la etapa inicial de un proyecto, para valorar las necesidades, evaluar la viabilidad de nuevos programas o descubrir lo que los clientes tienen en cuenta al tomar decisiones. También puede ser utilizado durante el desarrollo del proyecto o tras la puesta en marcha del mismo para evaluar la marcha del programa o el producto o servicio. (March Cerdà et al., 1999, p.313)

Desde algunos autores, se entiende que el ámbito de la salud, la salud pública y la gestión sanitaria, al no ser “problemas de laboratorio”, su análisis y evaluación, tradicionalmente guiada por métodos estadísticos y epidemiológicos, requiere como complemento la incorporación de los métodos cualitativos de investigación (Calderón, 2002; March Cerdà et al., 1999). Tal como enuncia Calderón (2002):

... resulta obvio que las repercusiones del contexto social y cultural ... inevitablemente, tiñen el quehacer de los profesionales sanitarios, condicionando su visión de la asistencia, de su profesión, de sus vínculos con otros profesionales y otros estamentos, de su papel en el sistema sanitario y, por supuesto, de la justificación y el sentido que para ellos tienen tanto la investigación como la propia ciencia. Si la variabilidad en la práctica profesional ha sido y es uno de los elementos que con más fuerza ha contribuido a impulsar el diseño de estándares y criterios de calidad basados en el referente de una deseada «evidencia científica», no es menos cierto que cualquier intento por mejorar dicha práctica conlleva la necesidad de investigar e interpretar los comportamientos y los discursos que la sustentan. (p.474)

4.2. Recolección de Datos

4.2.1. Técnica de Recolección

Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la entrevista, en particular la entrevista semiestructurada. La entrevista es una técnica que posibilita obtener información detallada de los sujetos a través del diálogo, con el fin de facilitar el entendimiento de sus experiencias y perspectivas (Valles, 1999). A su vez, es caracterizada por su flexibilidad, estructura y profundidad (Díaz-Bravo et al., 2013). La estructura de este tipo de entrevista incluye una guía de temas o preguntas predefinidas orientadoras, que permiten al investigador dirigir la conversación hacia áreas de interés de acuerdo a los objetivos de la investigación (Tonon, 2008).

4.2.1.1. Formulación del Guión de la Entrevista. Se utilizó una entrevista basada en un guión estructurado, aunque se mantuvo flexibilidad para reorganizar las preguntas durante el transcurso de la misma, permitiendo así que surgieran preguntas adicionales en función de la dinámica de la conversación (Valles, 1999).

Para la selección y construcción de los tópicos y preguntas de la entrevista se consideraron diferentes aspectos identificados en la revisión de los antecedentes y el marco teórico. A continuación se sintetizan los materiales que se utilizaron principalmente:

- La teoría de Donabedian (2001) sobre la triada para la evaluación de la calidad de la atención en salud. Como se describe en el Capítulo 3, Donabedian (2001) sistematiza la evaluación de la calidad de la atención en tres elementos: estructura, procesos y resultados. El autor enuncia que aspectos y/o temas podrían ingresar dentro de cada uno de estos elementos, como se describe en el Capítulo 3. De esta forma, es que en la entrevista se indagan los aspectos que describe el autor y que a su vez podrían ser aplicados a la atención en psicoterapia.
- Se utilizaron fuentes, artículos, autores e informes, previamente mencionados en los apartados de antecedentes y marco teórico (Benítez Ortega et al., 2021; Brown et al., 2014; Hirsh, s.f.; Lima et al., 2021; NICE, 2011; OMS, 2012; Powell y Rowen, 2022; Salinas y Gonzales, 2006). Estos materiales abordan la calidad de la

atención en salud mental y psicoterapia, algunos de ellos desde la perspectiva teórica de Avedis Donabedian, explorando y destacando temas clave para la evaluación de la calidad. A partir de este conjunto de fuentes, se identificaron aspectos relevantes y recurrentes que permiten su aplicación específica al ámbito de la atención psicoterapéutica.

- Las condiciones establecidas en el PIPSM para brindar la atención psicoterapéutica en los prestadores de salud.

A partir de estos materiales se seleccionaron temas centrales sobre los que se construyó el guión de la entrevista. Las preguntas se orientaron a temas que ingresan dentro del elemento estructura propuesto por Donabedian (2001) en la evaluación del proceso de la calidad de la atención, como lo es por ejemplo la infraestructura, la carga de trabajo, la duración de las sesiones, el costo de las sesiones, el acceso a recursos y materiales, la formación y supervisión clínica, entre otros. Por otro lado, las preguntas se orientaron a temas bajo el concepto de procesos propuesto por Donabedian (2001), como lo son la derivación de los pacientes, aspectos administrativos, el acceso a la historia clínica, el trabajo en equipo, la comunicación, la realización de informes, entre otros. Para ver la pauta de entrevista, dirigirse al Anexo C.

4.3. Decisiones Muestrales y Proceso de Recolección de Datos

Se utilizó un muestreo de carácter intencional, no probabilístico. Esta selección va en concordancia con los objetivos y características del proyecto, ya que no se busca una muestra representativa con capacidad de inferencia, sino percepciones de diversos profesionales que posibiliten conocer, identificar y analizar aspectos iniciales en relación con la calidad de la atención en psicoterapia que permitan sentar bases para continuar futuras investigaciones.

Se conforma la muestra por bola de nieve (Hernández Sampieri et al., 2014), propiciando que los individuos iniciales seleccionados pertenezcan a diferentes instituciones y/o lugares de trabajo, posean diferentes formaciones teóricas y experiencia laboral, constituyéndose finalmente una muestra heterogénea.

Se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra. Estos criterios fueron cambiando a partir de la primera convocatoria. Por ejemplo, se había

indicado un límite de edad hasta 60 años pero se observó que psicólogos de más de 60 años con experiencia laboral destacada continuaban trabajando, por lo que este criterio se termina eliminando. Los criterios de inclusión fueron:

- Poseer el título de Licenciado en Psicología habilitado por el MEC
- Poseer una experiencia de al menos 6 meses brindando atención psicoterapéutica bajo la normativa del PIPSM
- Brinden o hayan brindado la atención dentro del área geográfica de la ciudad de Montevideo

Criterios de exclusión:

- No poseer título de licenciado en psicología habilitado por el MEC
- Poseer una experiencia menor a 6 meses brindando atención psicoterapéutica bajo la normativa del PIPSM

Los sujetos fueron convocados a participar de forma voluntaria, a través de un afiche informativo sobre el proyecto (Ver Anexo B) que se difundió a través de grupos de WhatsApp y emails de profesionales.

Las entrevistas fueron realizadas entre julio y septiembre de 2023. Se realizaron todas de forma online y tuvieron una duración de entre 20 y 50 minutos.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas posteriormente de forma textual por la autora.

4.4. Análisis de la Muestra

La muestra final se encontró conformada por 14 psicólogos que brindan atención psicoterapéutica en los prestadores privados de salud del SNIS en la ciudad de Montevideo bajo la normativa del PIPSM.

Tabla sobre características formativas y laborales de los psicólogos que conforman la muestra del estudio

	Formación grado	Formación en Psicoterapia	Modalidad contractual con prestador de salud	Empleador	Población que atiende
P1	Universidad privada	Posgrado finalizado: Especialización en psicoterapia psicoanalítica	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Adolescentes y adultos
P2	Universidad pública	Posgrado en curso: Especialización en psicoterapia psicoanalítica	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Niños/as
P3	Universidad pública	Posgrado finalizado: Posgrado en terapia cognitivo comportamental	Independiente	Clínica tercerizada por prestador privado de salud (IAMC)	Adultos
P4	Universidad privada	Posgrado finalizado: Maestría en terapia cognitivo comportamental	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Adultos
P5	Universidad pública	Posgrado finalizado: Posgrado en psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes	Independiente	2 Prestadores privados de salud (IAMC)	Adultos
P6	Universidad pública	Posgrado finalizado: Master terapias contextuales	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Adultos
P7	Universidad pública	Posgrados finalizados: Especialización en psicodiagnóstico en niños y adolescentes. Especialización en psicoterapia psicoanalítica	Independiente	Clínica tercerizada por seguro integral + 3 Seguros integrales	Niños/as adolescentes y adultos.

P8	Universidad del exterior	Posgrado finalizado: Maestría en Psicología Clínica	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Niños/as adolescentes y adultos.
P9	Universidad pública	Posgrado finalizado: Posgrado en terapia cognitivo conductual	Dependiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Adultos
P10	Universidad pública	Posgrados finalizados: Especialización en psicoterapia en servicios de salud. Especialización en psicoterapia psicoanalítica	Independiente + Dependiente	2 Prestadores privados de salud (IAMC)	Niños/as
P11	Universidad pública	Posgrado en curso: Especialización en psicoterapia en servicios de salud.	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Niños/as
P12	Universidad privada	Posgrados finalizados: Especialización en terapia cognitivo conductual. Especialización en logoterapia	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Adultos
P13	Universidad pública	Posgrado en curso: Maestría en psicología clínica	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Adolescentes y adultos
P14	Universidad pública	Posgrado finalizado: Especialización en psicoanálisis	Independiente	Prestador privado de salud (IAMC)	Niños/as adolescentes y adultos.

En relación a la formación de grado de los psicólogos, 10 de ellos egresaron de la Universidad pública, tres egresaron de Universidades privadas y uno de una Universidad del exterior.

En cuanto a la formación de posgrado en Psicoterapia, 12 poseen una formación de posgrado culminada y dos se encuentran en curso.

Los 14 psicólogos, brindan servicios de psicoterapia para la población usuario de prestadores de salud privado, siendo que 13 brindan específicamente para los prestadores privados de salud (IAMC) y 1 de ellos para tres Seguros privados integrales.

Respecto a la diversidad de prestadores privados de salud, la muestra estuvo conformada por psicólogos que brindan servicios a ocho diferentes prestadores privados de salud (IAMC) y tres seguros integrales del SNIS.

Con respecto a las modalidades contractuales de los psicólogos, cabe destacar que en Uruguay un trabajador dependiente es quien presta servicios bajo subordinación de un empleador y posee cobertura de seguridad social; el trabajador independiente actúa sin vínculo de subordinación, y gestiona sus propios aportes de seguridad social.

Al respecto de los participantes de la muestra, dos psicólogos mantienen un contrato laboral dependiente para el prestador privado de salud. De estos, uno de ellos trabaja además para un prestador privado (IAMC) de forma independiente.

De los 13 psicólogos que poseen modalidades contractuales de forma independiente, dos son contratados en esta modalidad por clínicas particulares, que son tercerizadas por los prestadores privados de salud (IAMC) y seguros integrales. Los otros 11 psicólogos, trabajan con modalidad contractual independiente directamente para el prestador privado de salud y seguros integrales. Cabe destacar que dos de estos psicólogos trabajan para más de un prestador privado de salud y seguro integral. Por último, dos de los participantes, además de trabajar para prestadores de salud en Montevideo, trabajan para otros prestadores de salud en el interior del país. A pesar de que el estudio se orienta a los prestadores de salud en Montevideo, en el análisis de las entrevistas se presentarán algunas experiencias y percepciones sobre su trabajo en el interior del país debido a la riqueza de la información.

En relación a la antigüedad laboral de los 14 psicólogos brindando psicoterapia bajo la normativa del PIPSM, en promedio poseen una antigüedad de 4 años y 3 meses, siendo el de menor antigüedad de 6 meses y el mayor de 12 años.

En relación a la franja etaria que atienden los psicólogos, seis de ellos atienden exclusivamente a adultos, tres atienden exclusivamente a niños/as, dos a adolescentes y adultos, y tres atienden a niños/as, adolescentes y adultos.

Para la referenciación de los participantes con los fragmentos extraídos de las entrevistas, en el Capítulo 5: Resultados, Análisis y Discusión, se utilizará la siguiente nomenclatura: P seguido de un número, como nombre ficticio del psicólogo (ej: P1).

4.5. Análisis de Datos

El análisis de los datos de las entrevistas del presente proyecto se llevó a cabo a partir del análisis de contenido temático, siguiendo la propuesta metodológica de Braun & Clarke (2006). Este método de análisis se caracteriza por su flexibilidad y capacidad de ofrecer un análisis enriquecido y complejo de los datos (Braun & Clarke, 2006). Posibilita la organización y descripción minuciosa del conjunto de datos, así como también puede extenderse a la interpretación de distintos aspectos relacionados con el tema de investigación (Braun & Clarke, 2006).

Respecto a este método, las autoras señalan que la falta de directrices claras para llevarlo a cabo ha generado críticas en la investigación cualitativa debido a su excesiva flexibilidad. En respuesta a ello, las autoras proponen una guía sólida detallando paso a paso para aplicar el análisis de manera rigurosa. A continuación, se desarrolla una descripción detallada de las elecciones y especificaciones en el modo en que se llevó a cabo el análisis de los datos del estudio, teniendo como base la serie de pasos pautados por las autoras.

El primer paso para el análisis consistió en lo que Braun & Clarke (2006) denominan "familiarización con los datos", el cual consiste en una lectura repetida de los datos y una inmersión profunda en estos. Antes de comenzar este paso, cabe destacar que los datos verbales de las grabaciones fueron transcritos de forma manual por la autora, ya que esto también constituye una fase clave del análisis en donde comienza el proceso de familiarización.

El segundo paso consistió en la "generación de códigos" a partir de los datos, en donde se fueron fragmentando e identificando los segmentos del conjunto de datos, otorgándoles un significado y asignándoles un código a cada uno de ellos (Braun & Clarke, 2006; Hernández Sampieri et al., 2014). La codificación se realizó de forma manual en archivos de texto, escribiendo notas y códigos sobre los segmentos de los casos. Cabe hacer la aclaración que, según las autoras, la codificación se puede realizar mediante dos enfoques:

el inductivo y el teórico. El enfoque inductivo permite que los códigos y temas surjan de los datos sin un marco teórico predefinido ni conexión con las preguntas iniciales, mientras que el enfoque teórico, guiado por los intereses del investigador, se centra en aspectos específicos de los datos para un análisis detallado. Al respecto del estudio se optó por un método mixto, utilizando el enfoque inductivo y al mismo tiempo teniendo presente categorías previas que se identificaron en la investigación de los antecedentes y marco teórico.

El tercer paso consistió en la "búsqueda de temas, categorías centrales y subcategorías" comenzando con el análisis, refinamiento, descarte y agrupamiento de los primeros códigos generados, lo que dio lugar a las primeras categorías y subcategorías. Posteriormente, se revisaron los códigos, categorías y subcategorías para considerar su articulación y formar los temas generales, estableciendo además las dimensiones de las subcategorías relacionadas con las respuestas y percepciones de los psicólogos (Braun & Clarke, 2006).

El cuarto paso consistió en revisar los temas que surgen de la etapa anterior para continuar su refinamiento.

El quinto y último paso fue definir y nombrar los temas, lo cual consistió en identificar la "esencia" de cada tema y elaborar la descripción del alcance y contenido de estos y las correspondientes categorías y subcategorías, tal como establecen las autoras.

4.6. Consideraciones Éticas

La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología, Universidad de la República (UDELAR), asegurando el cumplimiento de la normativa vigente en nuestro país.

La investigación se llevó a cabo regida estrictamente por las normativas internacionales y nacionales acerca de la investigación con seres humanos, como lo son la Declaración de Helsinki y el Decreto No 379/008 del Ministerio de Salud Pública.

La investigación no produjo riesgos para los participantes.

Los sujetos de la investigación participaron de forma libre y voluntaria. Antes de su participación, se explicitó con total claridad el objetivo de la investigación y de qué forma se usarán los datos recabados. Se entregó a los participantes un avance del proyecto, una hoja de información, el informe aprobado del Comité de Ética de la Facultad de Psicología y el consentimiento informado.

Se firmaron los consentimientos informados por parte de los sujetos participantes. Debido a que las entrevistas fueron realizadas de forma online, los consentimientos informados fueron firmados a través de la grabación por audio de voz. Las entrevistas fueron grabadas y se solicitó el permiso para esto.

Se dejó en claro que en cualquier momento del proceso (al principio, en el correr, o luego de la entrevista) los sujetos podrán interrumpir su participación sin ninguna represalia.

Se aseguró el anonimato, la confidencialidad y el resguardo de la información en el registro de la información. Las únicas personas con acceso a la entrevista fueron la autora y sus directoras de tesis, quienes realizaron un correcto y estricto manejo de los datos obtenidos. Una vez el proyecto de tesis pase a la instancia de defensa, los registros y la desgrabación de las entrevistas serán destruidos y/o eliminados.

Capítulo 5: Resultados, Análisis y Discusión

5.1. Análisis y Discusión de Resultados para Objetivos 1 y 2

Se presenta el análisis y la discusión de los resultados correspondientes a los objetivos 1 y 2 del proyecto. Se exponen tablas con los temas, categorías centrales y sub categorías que emergen del análisis de contenido temático de las entrevistas, así como su análisis, interpretación y discusión. Algunas de las subcategorías se centran en el primer objetivo correspondiente a la descripción de la práctica de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia, y otras se vinculan con el objetivo 2 en donde se procura identificar y analizar las percepciones de los psicólogos.

5.1.1. Tema 1. Infraestructura y Acceso a Recursos

Categorías centrales	Subcategoría
Instalaciones y Equipamiento	Ubicación Física de la Atención
	Percepción sobre Instalaciones y Equipamiento
Recursos Clínicos y Materiales	Acceso a Herramientas Clínicas de Evaluación y Tratamiento
	Percepción sobre el Acceso a Herramientas Clínicas
	Acceso a Guías Clínicas
	Uso de Guías Clínicas

Categoría central: Instalaciones y Equipamiento. Esta categoría incluye aspectos vinculados con la infraestructura y las características del espacio físico en donde se lleva a cabo la atención, tales como la ubicación, comodidad, privacidad entre otros. Asimismo, reúne las percepciones sobre los recursos físicos y el equipamiento disponible para la práctica de la psicoterapia.

Subcategoría: Ubicación Física de la Atención. Esta subcategoría hace referencia al lugar donde se desarrolla la prestación de psicoterapia. Se vincula al primer objetivo centrado en describir las prácticas de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia en el marco del PIPSM.

Los resultados muestran que la mayoría de los psicólogos realizan su labor en consultorios particulares, muchos de ellos ubicados en sus propios domicilios, fuera de las instalaciones de los servicios de salud:

P14: "(...) Alquilamos un apartamento entre varios, y comparto consultorio solo con un colega (...) no es en la mutualista, sé que eso es importante porque sé que hay gente que trabaja en la mutualista".

P6: "Bueno, yo trabajo en mi casa en algunos horarios, y después trabajo en otro lugar... es en la casa de unos familiares que tienen un escritorio, que uso como consultorio. (...) la institución de salud no te brinda espacios, este... en, he... en el edificio de ellos, digamos... no...".

En el caso de la psicóloga P9, quien se encuentra en una relación laboral de dependencia con un prestador de salud, antes de la pandemia trabajaba de manera presencial dentro de las instalaciones de dicha institución, sin embargo actualmente, desarrolla su labor en modalidad online con los usuarios.

Los psicólogos que mantienen contratos laborales con clínicas o centros tercerizados por los prestadores de salud, la mayoría mantienen el uso de consultorios privados para realizar su práctica:

P3: "Bueno, en realidad me los trabajo para un, ¿cómo decírtelo?... para (...) una clínica, un centro. Atiendo en mi consultorio, ella me los deriva y yo atiendo en casa, en mi consultorio".

Solo el psicólogo P7, además de trabajar en su consultorio particular, trabaja en las instalaciones físicas de la clínica: "Atiendo en (...) en una clínica (...) donde se atienden varios de estos seguros. (...) atiendo tanto en mi consultorio, como en este otro espacio".

Los resultados de esta subcategoría evidencian una predominancia del trabajo fuera de las instalaciones físicas de los prestadores de salud, quienes en su mayoría, realizan la atención psicoterapéutica en consultorios privados, muchas veces ubicados en sus domicilios. Se observa que los prestadores de salud no suelen proporcionar infraestructura física para la

atención directa de los usuarios. Esta dinámica invita a reflexionar sobre las instalaciones destinadas a la psicoterapia por parte de los prestadores de salud, lo cual podría evidenciar posibles deficiencias en la infraestructura asignada a estos servicios dentro del sistema sanitario. La ausencia en la infraestructura destinada a los servicios de psicoterapia dentro de las instalaciones físicas del sistema de salud, es un aspecto que ya había sido identificado por estudios previos como el de Fernández Castrillo (2017), quien reportó limitaciones similares en la infraestructura tras dos años de la implementación de las prestaciones del PIPSM.

Subcategoría: Percepción sobre Instalaciones y Equipamiento. Esta subcategoría busca analizar la percepción de los psicólogos sobre las instalaciones donde brindan atención psicoterapéutica, alineándose con el segundo objetivo de la investigación. Considera aspectos relacionados con la calidad del entorno, específicamente en términos de funcionalidad y privacidad de los espacios destinados a la práctica psicoterapéutica.

Los resultados de las entrevistas muestran una variedad de percepciones, observándose diferencias entre aquellos que disponen de un consultorio propio y aquellos que utilizan espacios compartidos y/o institucionales. Los profesionales que trabajan en consultorios particulares o alquilados, manifestaron conformidad con la calidad de sus instalaciones y el equipamiento disponible para la práctica de la psicoterapia. Atribuyen esta conformidad debido a que estos espacios suelen ser autogestionados, lo cual permiten mayor control sobre la funcionalidad, comodidad y privacidad, elementos relevantes para el desarrollo de la psicoterapia. Una de las psicólogas reflexionaba que si trabajara en las instalaciones del prestador de salud, no contaría con equipamiento y materiales de calidad:

P2: "Sí, en mi caso sí, porque es mi propio consultorio, entonces, bueno... yo me encargué de equiparlo con todo lo que necesito. Al trabajar, por ejemplo, con niños de todas las edades, sobre todo preescolar, escolar o púberes entonces, bueno... fui disponiéndolo, pero repito, porque es mi consultorio particular, si fuera en la mutualista sería un caso totalmente distinto [risas]".

Esta autogestión mencionada por algunos psicólogos, les supone desafíos económicos y logísticos. La progresiva construcción de los consultorios que refieren, refleja las limitaciones económicas que enfrentan algunos:

P8: "Bueno, he, lo que pasa es que, claro, al estar tercerizada, yo me ocupo enteramente de mi equipamiento y de mi mobiliario ¿no?. Entonces... este... he... con suerte es algo que he podido ir armando de a poco, entonces, para cuando yo empecé a trabajar con (...), ya yo estaba relativamente bien equipada, he... un espacio donde se puede sentar, un escritorio, juguetes, de lo básico y de lo que no es tan básico, porque también trabajo con niños".

La expresión "con suerte" mencionada por la psicóloga al referirse a su equipamiento, denota las dificultades del propio financiamiento del equipamiento, mobiliario y recursos necesarios para la práctica en psicoterapia.

En contraste, los psicólogos que trabajan en espacios compartidos, como clínicas o las instalaciones de los prestadores de salud, presentan limitaciones que, desde su percepción, afectan al desarrollo de la atención y el ambiente terapéutico. Entre las principales, destacan la falta de privacidad, el ruido, las interrupciones y los materiales incompletos. La psicóloga P9 señala que el diseño de los consultorios no satisface las necesidades de la práctica psicoterapéutica, considerándolos inadecuados, lo que impacta negativamente en el estado de ánimo del usuario. A su vez, indica que estos espacios se asemejan más en estética y funcionalidad a un consultorio médico que a uno psicoterapéutico:

"Es un consultorio más médico, con un escritorio en el medio. En algunos sí... había algunos aparatos para radiografías, ¿no?, he, sí, sí. (...), tampoco tenía ventanas el consultorio, son consultorios ciegos. Mismo los pacientes decían que, si venís deprimido, te vas peor, porque, digamos... algunos consultorios eran muy pequeños, no el mío, pero ta, era bastante grande, pero era ciego, no tenía ventanas, nada. (...) Se escuchaba mucho. Se escuchaba muchísimo, este... de un consultorio a otro, tú escuchabas mucho la consulta de tu colega. (...) Los pacientes te lo dicen, además, escuchan al de al lado, y a mí me decían: 'No... ay, qué horrible que se escucha' (...)". De forma similar, el psicólogo P7 expresa:

"(...) Al ser un espacio utilizado por otros profesionales, eso hace que los materiales no estén en condiciones, o que estén incompletos, o que falten materiales a veces. Entonces, en realidad, el espacio para trabajar con la población que trabajo, la infraestructura no es la ideal. (...) La modalidad de la clínica es prácticamente la misma modalidad que se puede encontrar en el sistema asistencial mutual. O sea, es

una clínica multidisciplinaria donde se atienden varios profesionales, entonces es más bien un consultorio médico que un consultorio psicológico. Entonces, esto hace que haya alta circulación, hace que haya ruidos y, en circunstancias específicas, interrupciones en las consultas también".

Por otro lado, los psicólogos que trabajan en espacios compartidos, manifiestan que los consultorios son rotativos:

P7: "Son rotativos [los consultorios], pero en general, roto yo los días de atención, pero no los pacientes". P9: "(...) en general, no, eso [los consultorios] va variando mucho y es un gran problema (...) pasa que algún colega, por ejemplo, llega tarde... Como tenemos un tiempo estipulado con el paciente, se atrasa, entonces las compañeras que tenían que ir a otro consultorio... como que tenés que respetar mucho eso, de llegar en hora y retirarte en hora".

A su vez, estos psicólogos manifiestan que se han adaptado a estas condiciones, y ejercitado más la flexibilidad en el encuadre terapéutico:

P7: "(...) uno en realidad ejercita mucho más la flexibilidad del encuadre (...) En el consultorio particular es mucho más fácil de sostener el encuadre, es mucho más tranquilo a la hora de trabajar porque es un espacio... en lo personal, en el que trabajo solamente yo, entonces no tengo esas dificultades que de repente puedo tener en este espacio clínico (...) creo que en general es una situación que se da sobre todo a nivel de atención mutual (...)."

Por su parte, la psicóloga P9 expresa:

"(...) Creo que me acostumbré yo, al principio me chocaba, después como que fluía un poco el vínculo que fuimos construyendo, no fue un gran obstáculo, pero reconozco que la infraestructura..."

Respecto a la atención dentro de los espacios institucionales, se observa que los psicólogos perciben una mayor cantidad de limitaciones en términos de privacidad, ruido y diseño del espacio, lo cual observan que incide negativamente en el desarrollo de la práctica psicoterapéutica. Las características físicas y funcionales de los consultorios institucionales parecen estar más alineadas con un consultorio médico que con uno psicoterapéutico, incluso, como manifiesta la psicóloga P9, existiendo la presencia de aparatología médica en el consultorio. Esta percepción, podría sugerir un desajuste entre las necesidades específicas de

la práctica psicoterapéutica y las infraestructuras provistas por los prestadores de salud que suelen estar tradicionalmente diseñadas bajo una lógica médica.

Estos hallazgos coinciden con las investigaciones de Lea (2021) y Taiwo et al. (2023), en donde evidencian cómo el estado, comodidad, privacidad y accesibilidad de la sala o espacio físico en donde se lleva a cabo la psicoterapia afecta al compromiso, el proceso, el vínculo y el desarrollo del tratamiento psicoterapéutico. A su vez, estos resultados son consistentes con los hallazgos reportados por Fernández Castrillo (2017) sobre las prestaciones de psicoterapia del SNIS, quien señala las dificultades de trasladar la actividad de un consultorio privado a uno institucional. Esta autora agrega que los actores académicos a nivel nacional perciben que, debido a la incorporación de los psicoterapeutas en los servicios de salud, una de las competencias claves a desarrollar en la formación de grado en psicología, es la capacidad de intervenir en situaciones de incertidumbre, teniendo en cuenta que la institución tiene sus propias características y resulta inviable replicar en este entorno la experiencia propia del consultorio privado.

Categoría central: Recursos Clínicos y Materiales. Esta categoría aborda la disponibilidad y la percepción de los psicólogos sobre el equipamiento proporcionado por los prestadores de salud para las intervenciones terapéuticas incluyendo herramientas diagnósticas y materiales utilizados en los tratamientos. Integra también el acceso y uso de guías clínicas, manuales y protocolos de tratamiento.

Subcategoría: Acceso a Herramientas Clínicas de Evaluación y Tratamiento. Esta subcategoría se refiere a la disponibilidad y modalidad de acceso de los psicólogos a recursos y herramientas clínicas para la psicoterapia tales como materiales de evaluación (test, cuestionarios, escalas, inventarios) y de tratamiento. Además, en el caso de la atención a niños/as, incluye el acceso a materiales específicos como juegos y actividades para el tratamiento.

Los resultados muestran que todos los psicólogos, menos el psicólogo P7, deben adquirir por cuenta propia los materiales necesarios para su práctica, desde instrumentos de evaluación (tests, cuestionarios, escalas) hasta materiales terapéuticos específicos, como juguetes para intervenciones con niños/as. Comentarios como "todo va por mi cuenta" y "no

te lo van a dar" reflejan una resignación generalizada, asumiendo que el acceso a los recursos no será facilitado por la institución. La provisión de herramientas clínicas por parte de las instituciones parece ser la excepción y no la norma. Como exponen varios psicólogos:

P2: "No, no, la mutualista en ese sentido no me provee ningún tipo de material, (...) así que ni siquiera es que me den un tipo de material a nivel clínico o de diagnóstico, de herramienta... eso va todo por mi cuenta, todo lo que yo utilice".

P4: "No, nada, era exactamente lo mismo que atender yo a un paciente particular, o sea, yo con mis recursos (...)."

P10: "(...) en Montevideo nada, todo propio y hay que hacer uno (...) se espera que los profesionales costeen absolutamente todo".

P11: "Nunca fue que lo... bueno, acá brindamos una biblioteca, ¿no?, y prestador tampoco, o sea, cada uno ve qué hace con su consultorio y los recursos que tenga".

La falta de acceso a materiales adecuados podría afectar la calidad del tratamiento. La percepción de que ciertos materiales son "innecesarios" por parte de directivos no psicoterapeutas, como mencionó la psicóloga P10, podría evidenciar una desconexión entre las decisiones de la gestión y las necesidades específicas de la psicoterapia:

"(...) de hecho nos decían (...) la jefa encargada del área de psicoterapia (...) que teníamos que costearlo nosotros porque eran innecesarios (...) Y bueno... la jefa encargada de psicoterapia no hace psicoterapia, no son psicoterapeutas, ni psicólogos, son psiquiatras".

Este escenario podría limitar las posibilidades terapéuticas, especialmente en la atención a poblaciones como niños/as y adolescentes, quienes requieren de herramientas específicas para la intervención en psicoterapia. Al respecto, la psicóloga P10 establece un paralelismo con otras disciplinas médicas, sugiriendo que en otras áreas de la salud existen condiciones mínimas garantizadas para la práctica clínica, evidenciando una percepción de desigualdad en cuanto a los recursos disponibles para la psicoterapia, así como también la falta de reconocimiento institucional de las necesidades específicas de la práctica psicoterapéutica:

"(...) es como que fueras a una consulta con un dermatólogo y no tenga una camilla [silencio], ¿porque? 'Si quieres llevar una camilla, porque parece que necesitas una

camilla, llevatela vos, porque solo hay silla', bueno ¿y el resto? 'Ah no, el resto es tuyo...' ¿entonces?"

Algunos psicólogos perciben que las instituciones asumen una expectativa implícita de autogestión profesional, como señaló el entrevistado P3 al mencionar que se espera que los profesionales tengan todas las herramientas para trabajar:

"No, yo me manejo con mis propios test, con lo mío digamos, no es que no te lo ofrezcan, (...) en realidad ellos dan por descontado que somos psicólogos y los que tenemos posgrado que tenemos todas las herramientas para trabajar (...) yo no he necesitado, porque el posgrado que hice en los tres años todo lo que es test e insumos... o sea nada, yo no consulto absolutamente nada".

Los testimonios de las psicólogas P10 y P3 perciben cierta delegación de responsabilidad del sistema de salud, transfiriendo la carga de garantizar condiciones adecuadas para la práctica clínica a los psicoterapeutas. Aunque algunos cuentan con formación especializada y acceso a determinados recursos que les permite sobrellevar estas limitaciones, esto podría perpetuar desigualdades en el acceso a recursos entre profesionales, particularmente aquellos que no tienen los medios económicos o educativos para adquirirlos y una práctica heterogénea en términos de calidad. Por su parte, el psicólogo P12 expresa:

"Sobre el papel te diría que (...) siempre tuve la impresión de que me abren todas las puertas, lo que pasa es que no son de fácil acceso... Responderte a eso, por ejemplo, todos esos... esas categorías que dijiste, yo no sé si tienen disponibilidad a eso. Me sale decirte que no, que no existe en [prestador de salud], pero en realidad no lo sé, nunca me lo ofrecieron explícitamente, ni ta... ni pienso que esté disponible por la estructura como es, pero lo desconozco".

Su afirmación de que "le abren todas las puertas" denota una percepción de buena disposición o apertura por parte de la institución. Sin embargo, este sentimiento contrasta con la falta de claridad respecto a la disponibilidad de recursos específicos y la ausencia de ofrecimientos explícitos por parte de la organización. La declaración de que no cree que estos recursos estén disponibles "por la estructura como es" podría apuntar a una percepción de ineficiencias organizativas o de barreras estructurales que dificultan el acceso a ciertos recursos. La falta de certeza, expresada en frases como "no lo sé" y "lo desconozco", también

refleja un posible vacío en la comunicación institucional hacia el psicólogo respecto a los recursos disponibles para su práctica clínica.

Por último, el único entrevistado que afirmativamente manifiesta recibir provisión de materiales de evaluación y tratamiento es el caso del psicólogo P7, quien recibe estos recursos de parte de la clínica para la que trabaja dentro de sus instalaciones físicas.

Subcategoría: Percepción sobre el Acceso a Herramientas Clínicas. Esta subcategoría se refiere a la percepción subjetiva que los psicólogos tienen respecto a la disponibilidad, adecuación y facilidad de acceso a herramientas y recursos clínicos necesarios para brindar la atención. Estos recursos incluyen herramientas de diagnóstico, instrumentos terapéuticos y materiales específicos para el trabajo con niños, niñas y adolescentes, entre otros.

Los resultados obtenidos reflejan una percepción predominantemente crítica entre los psicólogos en cuanto al acceso a herramientas clínicas proporcionadas por los prestadores de salud. Los psicólogos destacan la ausencia de recursos y expresan sentimientos de frustración, resignación y anhelo por soluciones que faciliten su práctica profesional:

P8: "Mira, a mi me parece sumamente injusto que no lo haya, de hecho yo creo que ellos se quedan mucho con la idea de que es tercerizado mmm... y... yo creo que sería muy provechoso... o sea... claro que hay asociaciones y eso... no me acuerdo si la coordinadora y eso que hacen que, según lo que yo tengo entendido, si no dan el acceso libre, al menos lo alquilan ¿no?... Es este... supongo que por lo menos esa opción... y debería ser un alquiler, si es esa opción, realmente accesible o sea..."

Otra de las psicólogas expresa una percepción de desconcierto y frustración ante la falta de acceso. El uso de un tono diplomático sugiere cierta resignación ante lo que considera una "injustificable" política de la institución: P10: "He... en realidad... [suspiro. silencio largo. risas] vamos a hacerlo políticamente correcto, me parecía inentendible, dentro del orden de estas cosas que son aleatorias e injustificables que no... no y también inexplicables".

Ante esta realidad, algunos psicólogos sugieren ideas para mejorar el acceso, como la creación de una mediateca o biblioteca de recursos compartidos. Al respecto P12 menciona: "(...) Y estaría bueno que hubiera una especie de mediateca disponible que le dijeran a todo el equipo bueno si precisan vengan y usen".

Esta visión sugiere el deseo de contar con un espacio en el que el acceso a materiales de evaluación y tratamiento sea sencillo y asequible para todos los profesionales. Estas propuestas reflejan la disposición de los profesionales a colaborar en la búsqueda de soluciones, enfatizando el valor de disponer de herramientas para garantizar una atención de calidad.

Subcategoría: Acceso a Guías clínicas. Esta subcategoría refiere específicamente a la disponibilidad y acceso a guías clínicas, manuales y protocolos de tratamiento que orientan la intervención en problemáticas clínicas específicas como trastornos de ansiedad, depresión, IAE, entre otras.

Los resultados de esta subcategoría muestran que la mayoría de los psicólogos mencionan una falta de provisión institucional de guías clínicas, mientras que una minoría reporta tener acceso ocasional a ciertos recursos como manuales o protocolos de tratamiento.

Tres de los psicólogos, observan una provisión limitada y desigual:

P12: "Son dos o tres documentos que te lo mandan por el grupo de WhatsApp (...) son escuetos y son poquitos, los veo una vez cada tanto".

P7: "A mí en lo personal el único seguro que me ha mandado alguno de los protocolos es [prestador de salud]".

El hecho de que solo una de las entidades para las que trabaja P7 le haya proporcionado algún tipo de protocolo, sugiere una diferencia en la provisión de recursos entre diferentes instituciones. En este mismo sentido, P12 reporta la disponibilidad de algunos documentos, aunque señala que estos son escuetos, limitados en contenido y poco actualizados:

"Sí, pero hay poco material sobre eso, son dos o tres documentos que te lo mandan por el grupo de WhatsApp que están disponibles y que cada tanto tienen alguna actualización (...) simplemente decirte con eso, que los documentos están son escuetos y son poquitos".

El entrevistado P6 plantea una perspectiva similar a la de P3, mencionada en la subcategoría anterior, manifestando que parece asumirse a nivel institucional que el psicólogo ya cuenta con estas herramientas para el trabajo en psicoterapia: P6: "(...) eso hay que cada

uno... tenes que estar preparado para... se supone que si estás ahí ya estás preparado para trabajar, no hay nada".

Por otro lado, algunas psicólogas observan la presencia de algunos protocolos, aunque estos son descritos como informales e insuficientes. La psicóloga P10 menciona la existencia de "protocolos más informales", que sugieren pasos generales a seguir, pero carecen de sistematización y claridad. Por su parte, las psicólogas P8 y P9 describen experiencias en donde, ante casos específicos como riesgo de violencia o situaciones de emergencia, se les brinda algún contacto o consejo general: P8: "No, no hay protocolo alguno que compartan, lo máximo si fue que me dijeron bueno si ves situaciones de IAE o una persona que no se, que puede estar en riesgo, te mandamos el número de esta profesional que tiene formación en eso (...)".

Esta situación sugiere que los psicólogos podrían no contar con el respaldo institucional suficiente para actuar conforme a un marco protocolar claro, lo que incluye el uso de guías, manuales o protocolos de tratamiento.

Al respecto, la literatura resalta que las guías clínicas son herramientas clave para estandarizar y mejorar la calidad de la atención en salud mental, al promover decisiones fundamentadas científicamente y reduciendo intervenciones arbitrarias o especulativas (Bernardi et al., 2004; Salinas y González, 2006). Siguiendo a Bernardi et al. (2004) este déficit en la provisión de guías clínicas observado, contrasta con modelos internacionales donde el uso y monitoreo de estas guías es parte integral de la auditoría y mejora continua de los servicios. Como expone el autor, a nivel internacional existen guías con clara evidencia de eficiencia para algunos diagnósticos en particular como la depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de personalidad, entre otros (Bernardi et al., 2004). Sin embargo, los resultados de esta subcategoría indican una falta generalizada de estandarización y accesibilidad en el suministro de guías clínicas, manuales y/o protocolos de tratamiento por parte de los prestadores de salud para la práctica de la psicoterapia.

Subcategoría: Uso de Guías Clínicas. Esta subcategoría se refiere al uso y la percepción que poseen los psicólogos sobre las Guías Clínicas en la práctica psicoterapéutica.

Al explorar al explorar sobre el acceso que tenían a este tipo de recursos, se observó que algunos no los utilizaban en su práctica: P5: "No uso nada de esto ya (...) ". P1: "Igual yo no utilizo esas cosas".

Estos resultados, coinciden con los hallazgos obtenidos en la investigación que realizó Garay et al. (2011) en la ciudad de Buenos Aires, en donde halló que el 81,7% de los participantes desconoce y no utiliza las guías clínicas, y una proporción significativa las confundió con herramientas como sistemas diagnósticos o escalas de evaluación.

La falta de uso y conocimiento de guías de intervención ha sido estudiada ampliamente en el campo de la medicina y puede estar ligada a varios factores. En el ámbito de la psicología, Becoña Iglesias et al. (2004) y McHugh & Barlow (2010) enuncian que la falta de uso podría ser, por un lado, debido a factores de formación y falta de familiaridad, ya que la capacitación que reciben los profesionales podría no enfatizar el uso de guías estructuradas para el desarrollo de la psicoterapia.

Por otro lado, la mayoría de los psicólogos entrevistados valoraban la utilidad potencial de las guías clínicas, aunque enfatizaban su carácter meramente orientativo: P13: "Si me parece que es importante poder tener a la mano todo lo que son guías de tratamiento, no significa que la guía tenga que ser seguida porque eso va depender de cada paciente lo que le pasa, pero si están, bienvenidas". Este testimonio trae el debate que describen Bernardi et al. (2004) instalado en el ámbito de la psicoterapia, sobre el uso de guías clínicas en la práctica de los profesionales. Los/as autores/as exponen que varios profesionales perciben cierta rigidez o inflexibilidad al utilizar guías o manuales de tratamiento. Debido a que la personalización de la intervención terapéutica es una característica relevante en la psicoterapia, las guías podrían percibirse como limitantes (Bernardi et al., 2004). Al respecto, afirman:

Las guías no son recetas de cocina, ni expresión de las ideas personales de quienes las elaboran. No pretenden sustituir al arte clínico, ni dicen qué decisión tomar, sino que buscan identificar los problemas relevantes y aportar pruebas o evidencia sobre la base de investigaciones más rigurosas, que, unidas al juicio clínico individual y a los valores y expectativas del paciente, pueden ayudar a tomar la mejor decisión en interés del paciente. Buscan promover en el campo de la salud decisiones que tengan una mejor fundamentación científica, reduciendo las acciones terapéuticas arbitrarias,

injustificadas o basadas en razones puramente especulativas. (Bernardi et al., 2004, p.102)

Siguiendo a Becoña Iglesias et al. (2004), otros de los motivos por los cuales se observa una resistencia a la utilización de las guías, es que los psicoterapeutas pueden verlas como algo incompatible con la relación terapéutica, la cual consideran un aspecto fundamental de la práctica. En nuestro medio, y desde algunos enfoques teóricos, se brinda una elevada importancia a la relación terapéutica y al clínico, más que al bagaje técnico. Al decir de los/as autores/as: "La relación terapéutica es un elemento del proceso terapéutico, un elemento que facilita el cambio, no el que produce el cambio por el cambio" (Becoña Iglesias et al., 2004, p.17). Por último, la falta de uso de las guías podría ser debido a factores institucionales, ya que debido a la falta de implementación de las guías (sea por falta de recursos o no considerar relevante su utilización) los psicólogos desisten en utilizarlos y adaptan su práctica (Becoña Iglesias et al., 2004).

Tal como señalan algunos autores, la falta de utilización de herramientas de evaluación y guías de intervención en psicoterapia podría tener implicaciones para la calidad y la uniformidad de los resultados en la atención en psicoterapia (Bernardi et al., 2004; Salinas y González, 2006).

Estos resultados subrayan la importancia de la difusión y capacitación sobre el uso de guías clínicas para la mejora de la calidad de la psicoterapia en el sistema de salud.

5.1.2. Tema 2. Formación y Supervisión

Categorías centrales	Subcategoría
Capacitación y Formación	Formación en Psicoterapia
	Capacitación y Formación Continua
Supervisión Clínica	Disponibilidad de Supervisión
	Modalidad de Supervisión
	Percepciones sobre la Supervisión

Categoría central: Capacitación y Formación. Esta categoría aborda el análisis de la formación que poseen los psicólogos en el ámbito de la psicoterapia. Asimismo abarca el acceso que brindan los prestadores de salud a la capacitación y formación continua, así como las percepciones de los psicólogos al respecto.

Subcategoría: Formación en Psicoterapia. Esta subcategoría aborda la formación académica y profesional de los psicólogos vinculada a la psicoterapia.

Se observó que la mayoría de los psicólogos de la muestra cuenta con estudios de posgrado, particularmente en el área de psicoterapia. De los 14 psicólogos entrevistados, 12 han completado una formación de posgrado en psicoterapia, tres poseen más de un posgrado en psicología, y dos aún no han culminado su formación de posgrado.

Entre quienes han completado una formación de posgrado, la mayoría ha realizado especializaciones y diplomados de manera presencial en diversas organizaciones científicas del país pertenecientes a diferentes corrientes teóricas. Otros han realizado Maestrías en el área de psicología, pero no con foco en la profesionalización de la psicoterapia. Uno de los participantes realizó una formación de posgrado en psicoterapia de forma online en otro país.

Respecto a la formación de los técnicos que brindan la prestación de psicoterapia, el PIPSM específica:

... El 70% deberá ser Médico Psiquiatra, Licenciado en Psicología o Psicólogo, y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de

más de 3 años, y con experiencia en psicoterapia ... Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Psiquiatra o Licenciado en Psicología o Psicólogo y con experiencia en psicoterapia (sin formación específica completa). (MSP, 2011, p.13)

Si bien el PIPSM menciona la necesidad de una formación específica en psicoterapia, el documento no define con precisión los criterios, contenidos ni modalidades que dicha formación debe cumplir. Esta ambigüedad normativa, junto con el análisis de la formación de los psicoterapeutas, remite inevitablemente a una discusión recurrente en declaraciones públicas y debates profesionales sobre la capacitación y profesionalización del ejercicio de la psicoterapia en Uruguay. Siguiendo la investigación de Fernández Castrillo (2017) un punto central del debate radica en las diferentes posiciones sobre si la formación proporcionada por la Licenciatura en Psicología es suficiente para que sus egresados puedan desempeñarse como psicoterapeutas de manera adecuada y segura. De acuerdo a la investigación de Fernández Castrillo (2017) la CPU sostiene que el título de grado en Psicología otorgado por la UDELAR habilita para el ejercicio de la psicoterapia en el SNIS, mientras que profesionales del ámbito académico entrevistados y la Federación Uruguaya de Psicoterapia (FUPSI), sostienen que el título de grado no es suficiente, ya que la práctica psicoterapéutica requiere una formación más profunda y altamente específica (García et al., s/f; Lagos, 2013). Esta demanda de FUPSI coincide con las tendencias observadas en otros países, donde la psicoterapia se considera una profesión que exige una preparación especializada (García et al, s/f).

En Estados Unidos, y en algunos países miembros de la Unión Europea, la psicoterapia cuenta con un estatuto legal y es reconocida como una profesión universitaria específica e independiente (García et al, s/f.). En estas regiones, organizaciones profesionales, como la APA y EAP, han establecido estándares rigurosos para la formación y certificación de los psicoterapeutas. Estos lineamientos buscan garantizar que los profesionales posean la preparación necesaria para ofrecer una atención de alta calidad (APA, 2013). Por el contrario, en América Latina, la estandarización de la formación y acreditación profesional en psicoterapia aún se encuentra en proceso de desarrollo (García, 2016). En el contexto Uruguayo, Lagos (2013) señala que los psicólogos y psiquiatras cuentan con habilitación legal, pero carecen de la formación necesaria para ejercer la psicoterapia, subrayando la necesidad urgente de regular la práctica profesional y establecer criterios claros para la

formación en psicoterapia. A su vez, señala que estos temas no han sido abordados ni definidos con precisión en los documentos emitidos por el MSP.

Subcategoría. Capacitación y formación Continua. Esta subcategoría aborda las oportunidades de formación continua en psicoterapia ofrecidas por los prestadores de salud y las clínicas para los psicólogos.

El análisis de los datos evidencia que la formación y capacitación continua en psicoterapia constituye un área con limitaciones importantes. Si bien la mayoría de los psicólogos participantes en este estudio cuentan con formación de posgrado en psicoterapia, la oferta institucional para su desarrollo profesional continuo resulta insuficiente.

Tres de las psicólogas mencionan que desde las instituciones envían y difunden cursos y actividades de formación: P1: "Si, si, se mandan algunas veces algunos cursos, este... pero bueno eso queda a criterio de cada terapeuta si lo va a hacer o no (...)". La psicóloga P3 manifiesta que estos cursos son limitados en las temáticas y queda a criterio del profesional realizarlo: "Yo en realidad lo que nos han acercado más que nada han sido cosas relacionadas con suicidio (...) pero sobre esta problemática en particular, no se si he visto alguna otra, capaz que si ahora no me acuerdo".

Por otro lado, siete de las psicólogas señalaron que, en términos generales, no han tenido acceso a formación o actividades formales de capacitación ofrecidas por las instituciones. Mencionan que la difusión y comunicación sobre eventos formativos es escasa y carece de institucionalización. Algunos señalan que la información sobre actividades de formación generalmente proviene de la sugerencia por parte de sus colegas y no de una estructura organizativa que fomente o apoye el desarrollo de competencias profesionales:

P6: "No nada, (...) más bien, hasta otros colegas mandan, no hay nada institucionalizado que sea esto es algo para los psicólogos... no nada".

P2: "No, tampoco se hace un tipo de difusión de instancias o de congresos talleres, porque más allá de proponer también se podría proveer la información el acceso la divulgación de actividades científicas, pero no, el grupo de WhatsApp por ejemplo son comunicados a nivel de funcionamiento interno y aspectos más administrativos concernientes al rol, pero no a lo formativo o de supervisión."

Por su parte, P12 destaca que, si bien las instituciones valoran la actualización continua, no promueven este principio mediante políticas o acciones específicas:

"Mira, no, no no se promueven, no que te lo de la institución, si te dicen está bueno que lo hagas, cuando te piden que los actualices de los diplomas que tenes, ta ta ta, la administración si verbaliza que es algo que es rico para para el perfil profesional, pero no lo... no lo estimula con acciones directas".

Al respecto, P7, señala que la percepción de no tener acceso a espacios de formación está vinculado a su modalidad de contratación laboral como independiente:

P7: "En realidad, creo que como todos los espacios, es más autodidacta el ejercicio de la profesión, la realidad es que los seguros y las mutualistas... los psicólogos en general, estamos muy solos en el sistema de atención, entonces, de hecho, no se nos contrata, muy escasamente se nos contrata de manera dependiente, y por lo tanto uno puede acceder este tipo de cosas de formaciones cursos o lo que sea a través de ese contratante de quien nos contrata, entonces por lo tanto...".

Sin embargo, la psicóloga P9, que trabaja de forma dependiente para el prestador de salud, también señala la falta de acceso a cursos y actividades de capacitación: "No, teníamos alguna instancia hace muchos años, presentábamos... a mí me tocó presentar un ateneo, la que se animaba presentaba un caso viste... pero más que eso no se hizo en salud mental no". Por otro lado, la psicóloga P10, quien también trabajó de manera dependiente, manifiesta que sí contaban con espacios de formación: "(...) si en algún momento tenía algunas actividades específicas de formación (...)". El psicólogo P7 aclara que, aunque a veces reciben invitaciones para cursos, estos deben ser costeados por cada profesional.

Estos testimonios sugieren que, de forma general, el acceso a la formación continua depende del propio interés y financiamiento de los psicólogos, observándose casos puntuales en donde se les han ofrecido instancias de formación continua.

A pesar de que el presente estudio no abarca la atención psicoterapéutica en el interior del país, resulta relevante destacar el análisis comparativo realizado por la psicóloga P10, quien presta servicios de psicoterapia en dicha región. La psicóloga manifiesta que desde la institución se promueve y financia anualmente la formación de los psicólogos, además de cubrir gastos adicionales, como las licencias para asistir a congresos. Resulta pertinente incluir este testimonio, ya que evidencia un modelo de funcionamiento significativamente

distinto al observado en la mayoría de las experiencias de los psicólogos en Montevideo. Esta disparidad pone de manifiesto una desigualdad en el apoyo financiero para la capacitación, posiblemente influenciada por diferencias en las políticas institucionales:

P10: "(...) en [departamento del interior del país] por supuesto (...) por supuesto, me pagan la formación que elegimos nosotros a todos los psicólogos de acuerdo a lo que necesitamos una vez por año mínimo, más licencia por congreso, más un pago y abono de los congresos que hagamos (...) En realidad los costos de la terapia acá y allá son exactamente iguales, salen lo mismo, no tienen diferencia alguna para ellos y está mucho más personalizado".

Los resultados de las entrevistas, reflejan una realidad que compromete la formación continua, uno de los pilares fundamentales de la estructura en la calidad de la atención en los servicios de salud mental (Salinas y González, 2006). Según organismos internacionales como la OMS, la OPS, la APA y el NICE, la formación continua es esencial para garantizar una atención de calidad y mejorar los resultados terapéuticos, ya que incrementa la calidad de los servicios de psicoterapia (Fairburn & Cooper, 2011; NICE, 2016).

La limitada oferta de formación continua por parte de los prestadores de salud, junto con el debate aún no resuelto sobre la acreditación de la formación en psicoterapia en Uruguay, afecta el componente de capacitación y formación continua.

Categoría central: Supervisión Clínica. Las supervisiones clínicas son consideradas fundamentales en la formación profesional de los psicólogos, ya que desempeñan un papel clave en el desarrollo de sus competencias, en la mejora de sus prácticas terapéuticas, y sobre todo, respalda la calidad de la atención en las instituciones que se desempeñan (Perez y Saralegui, 2023; Zas Ros, 2018). Esta categoría aborda la existencia, el acceso, las modalidades y la percepción de los psicólogos acerca de la supervisión clínica de los casos que atienden bajo la normativa el PIPSM.

Subcategoría: Disponibilidad de Supervisión. Esta subcategoría se refiere a la existencia, acceso y uso de procesos de supervisión clínica promovida por los prestadores de salud.

Al respecto de la supervisión, en la normativa del PIPSM se destaca que para el funcionamiento de las prestaciones: "Los prestadores deberán organizar la forma de seguimiento, investigación y evaluación interna, para lo cual deberán contar con los RRHH pertinentes ... y con referentes o consultantes, para supervisión, Ateneos y otras actividades vinculadas" (MSP, 2011).

El análisis de las entrevistas destacó que 12 psicólogos manifiestan no recibir supervisión de parte de los prestadores de salud:

P1: "Em... no, la supervisión me... me la gestiono yo [risas]".

P10: "No por supuesto que no (...) en el interior si".

P12: "No, no hay (...) no me atrevo a decirte absolutamente no existe porque puedo no saberlo, pero por ahí si estoy más confiado en decir que no es algo que tengan disponible".

A pesar de la falta de oferta institucionalizada, cinco psicólogos mencionaron realizar supervisión de manera particular: P14: "No en el lugar de trabajo no, he... no pedí la verdad porque yo lo hago de manera particular he... y si hago nosotros le llamamos análisis de control pero son supervisiones (...) Si las hago por mi cuenta"

Un caso excepcional lo representa P7, quien trabaja para una clínica en donde los psicólogos han organizado un grupo de supervisión y covisión: "Si, en la clínica nosotros los psicólogos gestionamos un grupo de supervisión y covisión". Por otro lado, la psicóloga P3 manifiesta que, si bien hubo propuestas iniciales desde la institución para realizar reuniones mensuales con fines de supervisión, estas no llegaron a implementarse debido a limitaciones de tiempo de los psicólogos:

"En realidad lo mismo, lo ofrecen (...) ellos ofrecen supervisar si necesitamos algún caso o verlo conjunto es más queda como más a criterio nuestro si de repente creo que en realidad es por falta de tiempo que no se termina haciendo, pero por ejemplo si hay... no se ella había propuesto hacer reuniones cada un mes o lo que sea de algún caso de trabajarlo entre todos o sea al principio había re lindas propuestas, pero después por tema tiempo de los psicólogos no pueden no se hizo, pero las propuestas estaban de parte de ellos estaban".

Los hallazgos muestran que la disponibilidad actual de supervisión clínica institucional en los prestadores de salud es escasa, lo cual coincide con lo reportado por

Escudero (2015) quien señala en su estudio que la supervisión en el SNIS depende principalmente de la iniciativa personal y la capacidad económica de los psicólogos.

Al respecto de la supervisión clínica, Perez y Saralegui (2023) destacan que esta podría tener implicancias y efectos positivos tanto en la calidad y efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas, así como en el bienestar profesional. El panorama observado a partir de los testimonios relevados, resalta la necesidad de incorporar políticas institucionales que promuevan la supervisión clínica como parte integral de los servicios de salud.

Subcategoría: Modalidad de Supervisión. Esta subcategoría se refiere a las modalidades a través de las cuales se lleva a cabo la supervisión clínica.

Como se indicó en la subcategoría anterior, se identificó un solo caso en el que se contó con un espacio de supervisión institucionalizado en la clínica para la que trabaja. El psicólogo mencionó que la supervisión se realizaba con una frecuencia semanal, tenía un formato grupal y era dirigida por psicólogas de más experiencia:

P7: "(...) en realidad son las psicólogas, (...) las psicólogas más... más longevas con más experiencia clínica son las que dirigen el espacio que es una vez por semana y, y en realidad he.... ahí supervisamos, o covisionamos mejor dicho. Yo por lo pronto a manera particular tengo mi propia supervisión personal aparte".

Por otro lado, tres psicólogos plantearon otras modalidades que podrían ser consideradas un espacio de consulta y/o orientación:

P10: "(...) en [prestador de salud] te ofrecían que en el caso de tener alguna dificultad pudieras tener una especie de supervisión con tus jefes, pensado en esos términos".

P11: "Me ha pasado quizás en algún momento de entrevistarme con la jefa de salud mental porque me preocupaba alguna situación totalmente abierta, pero no... este... no... ya te digo... me lo pago yo, (...) porque con la cantidad de pacientes que tengo necesito".

La psicóloga P9 manifiesta que actualmente no reciben supervisión, pero que antes de la pandemia una de las modalidades de supervisión consistía en una reunión grupal con la jefa y sus colegas:

P9: "Mira... recibíamos... en realidad fue una iniciativa que surgió ahí antes de la pandemia (...) lo hacíamos una vez por semana nos juntábamos ahí en la policlínica algunas con nuestra jefa, y después claro con la pandemia lo dejamos de hacer y no se retomó (...) Y a veces tenemos otra supervisión por fuera entre nosotras sin que nadie te pague eso".

Subcategoría: Percepciones sobre la Supervisión. Esta subcategoría se refiere a la percepción de los psicólogos en relación con los procesos de supervisión clínica, ya sea que tengan acceso por parte de los prestadores de salud a la misma o no.

Los testimonios de los psicólogos reflejan percepciones diversas acerca de la supervisión, tanto en términos de su disponibilidad como de la importancia que le conceden para la práctica clínica. Un tema recurrente fue la naturalización de la ausencia de supervisión en los prestadores de salud. Por ejemplo, P14 comentó que nunca se había planteado si su institución ofrecía supervisión:

"Yo considero que sería algo bueno a implementar realmente... lo... lo digo como lo hice nunca nunca me lo pregunte he... [risas], me dejaste en la duda, capaz que existe [risas], no me informaron, ni me informe así que no, no te sé decir, creo que no (...) Por ahí tienen y no pregunté (...) Sí sería un golazo claro".

Otros psicólogos, como P1, perciben esta ausencia como una norma en el sistema de salud:

"En realidad, como que está menos naturalizado de que nadie, de que ninguna mutualista, te lo brinda en realidad, este... así que... ta, yo que se, estaría buenísimo, pero ta, la realidad me parece que no, ninguna mutualista te lo brinda".

Respecto al valor otorgado a la supervisión, hubo consenso en que es un elemento positivo y deseable para el ejercicio clínico. Cuatro de los psicólogos consideran que debería ser obligatoria y fundamental para garantizar buenas prácticas y una atención de calidad:

P9: "No, yo creo que... lo tiene que brindar la institución si, para mi si debería de ser algo obligatorio totalmente. En ese momento (...) íbamos al consultorio todas, y además era muy rico, y además estábamos hablando de nuestras propias vivencias, sobre todo con los pacientes graves, y había algunas compañeras que no sabían cómo resolver una situación y bueno me parece que estaba bueno pero se dejó de hacer (...)

Y a veces tenemos otra supervisión por fuera entre nosotras sin que nadie te pague eso".

Por su parte, P11 destacó la contribución de la supervisión al bienestar profesional: "(...) el trabajo clínico es un trabajo muy solitario, estaría buenísimo sí que pudieran brindar que uno pudiera sentirse respaldado y pensar con otros, a mí me sucede que a veces pienso con colegas"

En este mismo sentido, tres psicólogos manifestaron que la ausencia de supervisión de la práctica clínica es un ejercicio profesional riesgoso, lo cual podría afectar a la seguridad del tratamiento o generar daños desde las intervenciones:

P10: "Y en realidad siempre es a detrimento de la intervención ¿no? Porque lo que uno puede abordar en institución en conjunto o en equipo, en covisión o supervisión, siempre va a ser mucho más grande, pero... es en detrimento de la intervención... de la posibilidad de abarcar obviamente la efectividad que tenga, es mucho más limitada".

P7: "Y yo creo que es muy riesgoso un ejercicio clínico sin supervisión, (...) terminan siendo contraproducente para la persona caer en manos de un profesional que de repente no está preparado y no lo asume, porque también eso es una elección ética y personal de reconocer que yo con este paciente no puedo trabajar y es algo muy muy personal, y que además para conocer esas cosas entiendo yo se requiere formación, análisis, y supervisión, o sea yo a mí en lo personal y hablo de mi experiencia clínica, yo a través de mi proceso de terapia y de mi supervisión digo yo con estos pacientes trabajo y con estos pacientes no trabajo, porque no tengo la formación ni la disponibilidad psíquica ni nada (...)"

Otra dimensión que surge del análisis, es el esfuerzo económico que implica para los psicólogos supervisar de manera particular. Frente a esto, los psicólogos sugieren varias formas en que las instituciones podrían implementar o apoyar la supervisión, como subsidios, descuentos o mayores salarios con la condición de supervisar:

P13: "(...) lo que sí creo es que tal vez... bueno teniendo en cuenta lo caro que es la supervisión, tal vez eso sí puede ser tenido en cuenta por la mutualista sería bueno, por lo menos te pagan la mitad de la supervisión, o... o... se aseguren, capaz, que te paguen más cada ticket, pero se aseguren de que vos estés supervisando, y que lo

hagas por la tuya y no lo hagas por ahí dentro, bueno te pago más, pero tráeme la constancia de que te supervisaste".

Por último, otra experiencia relevante fue la de la psicóloga P4 quien expresa que desde la institución le exigían supervisar los casos y presentar comprobantes:

P4: "(...) una vez nos mandaron un mail que querían como un como un comprobante de que supervisábamos (...) Lo cual me pareció como fuera de lugar porque ellos no estaban pagando eso, y a la vez pagaban muy poco ¿no? como que si yo tuviera que supervisar trabajaba gratis, que lo hago igual, porque tengo pacientes particulares, pero si yo solamente trabajara con lo que ellos me derivan, imposible".

A partir de esta respuesta, se indaga con otros psicólogos acerca de si el prestador de salud les exige la supervisión de los casos, y la respuesta de todos fue negativa.

Estos resultados reflejan percepciones que coinciden con el estudio Fernández Castrillo (2017), quien sostiene que la supervisión clínica en servicios de salud es una temática que genera debate y que resulta un proceso particular, ya que se encuentra influida por políticas y directrices específicas de cada institución.

5.1.3. Tema 3. Encuadre de las Prestaciones de Psicoterapia

Siguiendo a Alarcón (2008) en el contexto de la psicoterapia, el encuadre psicoterapéutico es un término que proviene de la disciplina psicoanalítica, desarrollado por Freud, con el objetivo de brindar un marco de referencia estable entre el terapeuta y el paciente. Siguiendo al autor: "El encuadre define quiénes, por qué o para qué, cuándo, dónde, cómo y a qué precio se encontrarán paciente y terapeuta" (Alarcón, 2008, p.119).

Bajo este tema se profundizará algunos elementos sobre los encuadres de las prestaciones de psicoterapia bajo la normativa del PIPSM.

Categorías centrales	Subcategoría
Tiempo de la Sesión	Tiempo de la Sesión según Normativa del Prestador
	Tiempo Efectivo de la Sesión
	Percepción del Tiempo Sugerido por el Prestador
Duración del Tratamiento	Duración Total del Tratamiento
	Percepción sobre la Duración Total del Tratamiento
	Extensión y/o Renovación del Tratamiento
Costo de las Sesiones	Conocimiento del Costo de la Sesión
	Percepción de Accesibilidad Económica
	Influencia del Costo en el Tratamiento

Categoría central: Tiempo de la Sesión. Esta categoría refiere al tiempo de duración de cada sesión de psicoterapia, medida en minutos, que sugieren los prestadores de salud y la percepción de los psicólogos al respecto. Abarca también la descripción de cuánto dura la sesión efectivamente con los usuarios en sus prácticas clínicas.

Subcategoría: Tiempo de la Sesión según Normativa del Prestador. Esta subcategoría se refiere al tiempo establecido y/o sugerido por el prestador de salud para las sesiones de psicoterapia.

Los psicólogos mencionan diversas duraciones sugeridas dependiendo de la institución en un rango de 30 a 50 minutos:

- 30 minutos: mencionado por P10
- 30 a 45 minutos: referido por P11 como un intervalo sugerido
- 40 minutos: identificado por siete psicólogos como el estándar más común
- 45-50 minutos: mencionado por cinco psicólogos

Estos resultados, en su mayoría, coinciden con la duración de 40 minutos que sugiere el PIPSM (MSP, 2011). Se observa que solo en dos casos la duración sugerida por el prestador (30 minutos) resulta ser menor a la establecida por el PIPSM.

A pesar de la sugerencia del tiempo de la sesión de los prestadores, la mayoría de los psicólogos que poseen un contrato laboral en modalidad independiente, enfatizan que ellos manejan de forma autónoma el tiempo sugerido por el prestador. Tal como señaló P4: “Lo manejaba yo al estar en mi consultorio, no había problema”.

Por otro lado, se observó que varios psicólogos ajustan la duración de las sesiones según las necesidades del usuario. Esto contrasta con aquellos que trabajan en espacios físicos dentro de las instituciones, ya que manifiestan regirse bajo tiempos más estrictos, lo cual limita la capacidad de extenderse. Este análisis se profundiza en las siguientes subcategorías.

Subcategoría: Tiempo Efectivo de la Sesión. Esta subcategoría analiza si el tiempo efectivo que los psicólogos dedican a cada sesión de psicoterapia en su práctica clínica cotidiana coincide con el sugerido por el prestador de salud y la normativa del PIPSM.

El análisis detalló que los tiempos efectivos de las sesiones no siempre coinciden con lo sugerido por los prestadores o la normativa del PIPSM. La mayoría de los psicólogos indicó que las sesiones tienden a extenderse, en un promedio de entre 45 y 55 minutos.

La mayoría de los psicólogos indicaron que manejan un enfoque flexible, ajustando la duración según el caso:

P2: "Yo en lo personal lo manejo de forma bastante laxa, hay pacientes que estoy más tiempo, hay otros que con 45 minutos ya está bien... incluso hay algunos que también saco antes (...)"

P13: "Es que eso depende de cada sesión, vengo haciendo un poco más de 40, (...) esta bien también porque me permito excederme si tengo que excederme, ta eso es algo muy personal. Hay otros que ponen cada 40 pero está bien será el modo de trabajo de cada quien".

Se observó que los psicólogos emplean diversas estrategias para manejar los tiempos y su agenda con los usuarios. Algunos reservan una hora completa para cada sesión, dejando un espacio entre usuarios para manejar posibles extensiones: P1: "(...) yo guardo la hora entera, o sea ta depende mucho de la situación, y de ultima ta, si el paciente termina antes descanso". Este margen adicional entre usuarios permite responder fácilmente a las demandas clínicas.

La psicóloga P8 intenta no dejar espacio entre usuarios, sin embargo en caso de tener el tiempo, se extiende en la duración:

"(...) hay días que los miércoles tengo un paciente tras paciente y les tengo 5 minutos entre uno y otro (...) y ahí entra a la siguiente persona así que ni queriendo, pero si me juega en contra a veces que yo se que despues no tengo a nadie noseque que la sesión esta muy buena, (...) y ahí se me va como mi lado débil y digo bueno no y... a veces... he llegado a dar como 50, 55 minutos, porque bueno ta".

Un grupo más reducido de psicólogos reporta un manejo estricto de los tiempos asignados, rara vez excediéndose. P10 enfatiza: "Cumpla los horarios muy estrictamente; es muy excepcional que me extienda".

La predisposición y flexibilidad que se observa en varios psicólogos para gestionar los tiempos de las sesiones, podría presentar beneficios para la calidad de la atención de los usuarios. Sin embargo, cabe destacar que algunos psicólogos manifiestan quejas al respecto de esta flexibilidad que implementan, ya que es un tiempo por el cual el profesional no está siendo remunerado económicamente.

Estos hallazgos muestran que la duración efectiva de las sesiones varía dependiendo la predisposición y flexibilidad del psicólogo. Por lo general, este tiempo refleja un equilibrio entre las normativas institucionales y las necesidades específicas del usuario que el psicólogo

percibe. Si bien muchos psicólogos se ajustan a los tiempos propuestos por las instituciones, se observa que la flexibilidad y la adaptación de los psicólogos son prácticas comunes.

Subcategoría: Percepción del Tiempo Sugerido por el Prestador. Se refiere a la evaluación subjetiva de los psicólogos acerca de la duración de la sesión propuesta por el prestador de servicios de salud para la atención de los usuarios.

El tiempo de la sesión establecido por los prestadores es evaluado de manera diversa por los psicólogos, quienes destacan tanto ventajas como limitaciones inherentes al tiempo asignado para cada consulta.

Algunos psicólogos consideran que la duración sugerida de 40 minutos es adecuada y flexible para adaptarse a las necesidades individuales de los usuarios. Esto permite un margen para extender el tiempo cuando sea necesario. Por ejemplo, la psicóloga P13 destacó que: "(...) es más fácil extenderlo que reducirlo", subrayando la importancia de mantener una duración de base razonable que permita hacer ajustes según las necesidades particulares de cada caso:

"Para mi esta bien que dure 40 minutos (...) si vos pones que sea una hora tal vez sea demasiado, y si vos lo reducís tal vez tenes un problema con el paciente, ¿como le explicas que es menos? porque tiene que ver también con la técnica, con la estrategia de trabajo con cada paciente... entonces es más fácil extenderlo que reducirlo, porque ellos te están pagando un ticket por esa plata y ese tiempo".

Otros consideran que 40 minutos es un tiempo insuficiente para garantizar una atención de calidad, particularmente en casos complejos. Tres psicólogos argumentan que una sesión completa debería extenderse al menos a 50 minutos o más:

P3: "Para mi eso es poco tiempo necesito, como toda la hora que me tomo normalmente para el paciente, para mi 45 no, no no me da no, no [risas], no no, alguna vez he podido cumplir a rajatabla 50 minutos, pero creo que no no (...)".

Respecto a las duraciones de 30 minutos, la psicóloga P10, considera que podrían tener implicancias iatrogénicas:

"(...) no tenía justificativo alguno, ni era entendible porque esa solicitud, desde ningun tipo de vista teórico, no hay psicoterapia que te pueda proponer 30 minutos (...) yo te lo diría en términos de iatrogenia pero... si si yo realmente lo considero en términos

de iatrogenia, ya que no hay ni intervención, no tiene sentido es como que le tengan que poner a una operación otro límite porque bueno [risas]".

La percepción intermedia entre los psicólogos destaca que el tiempo de la sesión, por lo general, suele variar dependiendo el caso y las necesidades del usuario. Indican que 40 minutos pueden ser suficientes para ciertos usuarios, a pesar de que es una práctica común extenderse dependiendo de la situación:

P11: "(...) te podes extender, y la mayoría de las veces te extendés (...) depende como de el consultante, del usuario".

P14: "Yo considero que es según el caso singular, porque de hecho hay pacientes donde opto trabajar 40 minutos, he... por... por... por el ritmo de trabajo que tienen y por los tiempos de, según mi formación, los tiempos del inconsciente".

Estas decisiones basadas en las necesidades del usuario, concuerda con lo que la literatura sobre la calidad de la atención en salud mental denomina como el enfoque centrado en el paciente, el cual enfatiza la adaptación de los tiempos y estrategias terapéuticas como parte de un modelo integral de calidad (OMS, 2003).

Por último, cabe destacar que varios psicólogos mencionaron que para el establecimiento del tiempo de las sesiones, consideran relevante tener en cuenta tanto las necesidades de los usuarios como las propias, enfatizando que, al ser ellos mismos la principal herramienta de trabajo, es fundamental mantener la disponibilidad emocional para garantizar una atención de calidad. Por esto, algunos psicólogos señalaron que el tiempo de la sesión del usuario influye directamente en la carga laboral que manejan y en su disponibilidad emocional en las sesiones. Este aspecto se desarrolla en mayor profundidad en el Tema 5 dentro de la categoría Carga Laboral.

Categoría central: Duración del Tratamiento. Esta categoría refiere a la duración total del tratamiento psicoterapéutico y la percepción de los psicólogos al respecto. La duración del tratamiento según el PIPSM se mide en el número de sesiones asignadas a los usuarios según el modo 2 y 3 asignado por el comité de recepción.

Subcategoría. Duración Total del Tratamiento. Esta subcategoría se refiere a las duraciones de los tratamientos establecidos por el prestador de salud.

El análisis de las entrevistas muestra que la cantidad de sesiones asignadas a los usuarios, en todos los prestadores de salud, coinciden con lo establecido en la normativa del PIPSM, siendo, el modo 2 para niños y adolescentes la duración de 24 sesiones y para adultos 48 sesiones. En el modo 3 para niños, adolescentes y adultos la duración en los prestadores de salud es de 48 sesiones renovables hasta 144.

Subcategoría: Percepción sobre la Duración Total del Tratamiento. Esta subcategoría se refiere a la percepción de los psicólogos sobre la duración total del tratamiento de los modos 2 y 3 establecida por los prestadores de salud y la normativa del PIPSM para el proceso psicoterapéutico de los usuarios.

Algunos psicólogos consideran que los tratamientos de seis meses para niños/as (24 sesiones) o 1 año aproximadamente para adultos (48 sesiones), son "breves". Resaltan que en casos de menor "complejidad" o con problemáticas focalizadas, estos tratamientos pueden generar cambios significativos. Perciben esto especialmente en el caso de niños y adolescentes, dado su potencial para avanzar rápidamente:

P2: "(...) a veces igual se hacen cambios muy rotundos en poco tiempo cuando son más que nada temas adaptativos y son niños o niñas sanas (...) he tenido tratamientos como muy exitosos de... de 6 meses (...)".

P10: "(...) con niños adolescentes los tiempos cortos te permiten abarcar mucho, porque avanzan mucho los chicos".

Sin embargo, varios señalaron que, aunque estos tratamientos "breves" pueden ser adecuados para problemáticas específicas y de baja complejidad, no resultan adecuados para abordar problemas "más profundos o crónicos", así como tampoco para trabajar de forma más integral, incluyendo intervenciones con el núcleo familiar o la institución educativa en el caso de niños/as. Esto provoca la necesidad de priorizar aspectos puntuales en el tratamiento, como un duelo o la resolución de un síntoma específico:

P2: "(...) se nota muchísimo bueno la diferencia que haría si continuara viniendo por ejemplo un año, porque es un proceso super corto 6 meses (...) la gran mayoría como

que bueno... eso... tenes que focalizar en que trabajar porque claramente no... resulta poco el tiempo para abordar más integralmente el caso".

P6: "(...) después claro hay situaciones que son muy complejas pero para casos de ansiedad, depresión, de este... angustia, crisis vitales, problemas de relacionamiento (...) en esos casos creo que en un año está bien(...) he... este caso (...) trastorno de personalidad trastorno límite de la personalidad (...) ta hizo cierto proceso el muchacho viste, pero digamos que ta que era un caso muy complejo para terminar en un año".

P10: "(...) siempre te queda corto, muy pocas veces, muy pocas veces podés decir bueno termino con total satisfacción [risas], pero sí se puede yo creo que se puede (...) En equipo ni te digo, se trabajaría divino (...)".

P14: "(...) yo creo que es bastante corto, es como algo para mi formación, si haces algo más focalizado te concentras en algo, en la sintomática, en algo puntual un duelo, o lo que fuese, y trabajo algo solo que... he... considero que sería mejor trabajarlo más tiempo... he... muchas veces cuando veo que la situación es bastante compleja, yo la actitud que tomo es no me apuro, o sea no trato de atar cabos donde no los puedo atar o sea trato de no hacer por hacer, no por intervenir".

Por otro lado, algunos psicólogos destacaron la inviabilidad e insuficiencia de realizar tratamientos efectivos en la duración que plantea el PIPSM:

P7: "En realidad esos tratamientos son inviables (...) o sea... a no ser una problemática muy puntual alguna cosa muy superficial y algo así, pero los que los que trabajamos en salud mental sabemos que en general la gente que viene a consultar por motivos propios no viene porque no se le pica la espalda y no se puede rascar por hacerlo bien simple, entonces esas cosas hacen que los tratamientos claramente no duran 24 sesiones (...) un tratamiento a no terminar tampoco es efectivo, tampoco sirve en términos reales y traducibles tampoco es útil una cobertura de 24 sesiones que no le va a solucionar la problemática al paciente".

P5: "A ver si vos lo pensas entre nada y algo, maravilloso (...) pero pensar que una psicoterapia en un año se puedan resolver las conflictivas como para que el paciente se conozca lo suficiente para tener herramientas y cómo manejarlas, no es suficiente".

En términos generales, el análisis de las entrevistas sugiere que, desde la perspectiva de los psicólogos, para ciertos usuarios con problemáticas específicas, la duración establecida puede ser adecuada, particularmente cuando se trabaja con objetivos claros y limitados. Sin embargo, en situaciones como trastornos graves de personalidad o casos "complejos" requieren tiempos más prolongados para garantizar un cambio significativo. Estos resultados, coinciden con lo que señala Juul et al. (2019) acerca de la perspectiva de los profesionales en donde prevalece la idea de que los consultantes con trastornos de salud mental graves necesitan psicoterapias prolongadas. La autora plantea que esto tiene serias implicancias, ya que si esto fuera así, justificaría una mayor asignación de recursos por parte de los sistemas de salud.

En relación con la literatura acerca de la duración de los tratamientos psicoterapéuticos, siguiendo a Geest & Meganck (2019) aún no existe consenso respecto a cuál debería ser la duración adecuada para que un tratamiento psicoterapéutico resulte efectivo. A nivel regional y global, se discuten distintas propuestas sobre la duración del tratamiento, considerándose una terapia breve la que oscila entre 4, 6, 10 y 12 sesiones, terapias de mediana duración en un rango de 20 a 25, y las terapias más extensas que abarcan entre 25 y 45 sesiones (De la Parra et al., 2019; Lambert, 2007; Stiles et al., 2015). En comparación a esta cantidad de sesiones, la duración que establece el PIPSM, que en algunos casos va hasta 144 sesiones podría considerarse una psicoterapia de larga duración.

Subcategoría: Extensión y/o Renovación del Tratamiento. Esta subcategoría aborda las experiencias y percepciones de los psicólogos, en donde se decide autorizar por parte de los prestadores de salud, la extensión o renovación del tratamiento psicoterapéutico del usuario.

Por un lado, algunos psicólogos reportan que, en aquellos casos en los que consideran necesario prolongar el tratamiento según sus criterios, a menudo encuentran barreras para lograr la extensión, lo que impide garantizar un período adecuado para completar los procesos terapéuticos en su totalidad:

P6: "(...) me paso que en un caso no le renovaron en modo 3 (...) Y no, yo hice el informe que se hace siempre al terminar este y bueno dije que sería bueno que

continuara (...) pero ellos vieron que ta, que estaba mejor y que... que no era necesario".

P4: "(...) en otros casos era necesario pedir una extensión (...) Si alguna vez me la aceptaron, pero cuando me daban la extensión era por poquito no me la volvían a dar por un año".

La percepción general de los psicólogos es que los criterios que utilizan los prestadores para otorgar extensiones están directamente relacionados con la gravedad del caso, pero que incluso en estos contextos, las decisiones de renovación no siempre son otorgadas. Una práctica común entre los psicólogos, para justificar extender o renovar los tratamientos, consiste en emplear estrategias como la elaboración de informes detallados y el contacto con otros especialistas. Esto denota una alta predisposición en algunos profesionales a realizar esfuerzos adicionales en este proceso:

P8: "(...) y también por ejemplo tengo a esta señora que es bastante mayor es modo 2 técnicamente no admitiría renovación, pero yo me voy a mover... bueno estoy cuadrando cosas para ver si me muevo de plantear bien el caso al [prestador de salud] a ver si es posible que le den mayor cantidad de sesiones, pero bueno plantear. Puntualmente esta señora... claro, que ella ya venía con antecedentes de internación psiquiátrica, con tratamiento psiquiátrico con benzodiacepina, historial de duelos en la familia, y le dan solamente un año de psicoterapia o sea... vamo arriba".

P3: "(...) yo me sentí impotente, quedo trancado no no, nada, una depresión instalada de mucho tiempo y ta no había manera este... y quedo de hablar con... con [prestador de salud] a haber si le daban y no, no volvió, o no ha vuelto por ahora".

La percepción de algunos psicólogos es de impotencia frente a la imposibilidad de extender el tratamiento, lo cual les genera frustración, especialmente cuando consideran que el paciente aún necesita apoyo psicológico y el sistema no les ofrece opciones para la continuidad terapéutica del usuario.

En la minoría de los casos, los terapeutas han tenido experiencias positivas donde, al presentar un informe que justifique la necesidad de renovación, lograron la aprobación de la extensión o incluso el cambio de modo de tratamiento, tal como expresa P14: "(...) por ahora me han renovado lo que he pedido, inclusive me ha sorprendido".

Por otro lado, algunos psicólogos destacan que las limitaciones en la cobertura llevan a que muchos usuarios intenten continuar el tratamiento de forma particular, lo cual está condicionado por la posibilidad de asumir los costos económicos asociados:

P11: "Bueno el tema es por lo que tengo entendido, y por lo que los mismos padres de los chiquilines traen que es muy difícil, porque a ver, [prestador de salud], dice algo así (...) dos veces en la vida del paciente poder renovar, entonces (...) tiene que estar muy grave para poder renovarlo, si yo digo bueno sufre de ataques de pánico taca taca y necesita he no, no (...) y bueno después lo que sucede es que ahí deciden un poco los padres, si el contrato lo hacen... no... con... de seguir de manera particular".

P4: "(...) la persona después continuaba particular (...) algunos casos si siguieron, otros hicimos un cierre".

La solicitud de los usuarios o sugerencia de los psicólogos para continuar el tratamiento de forma particular una vez finaliza la prestación de psicoterapia, ya había sido identificada por Escudero (2017), quien encontró diferentes opiniones de los psicólogos al respecto. Algunos le sugieren a los usuarios continuar de forma particular, ya que consideran que es una forma de dar continuidad al proceso del usuario, y otros se niegan a continuar de forma particular por motivos éticos, ya que consideran esta práctica como una manipulación hacia el usuario (Escudero, 2017).

El análisis de la percepción de los psicólogos sugiere que la renovación de parte de los prestadores de salud parece estar orientada más hacia la gestión de recursos, que hacia la evaluación de las necesidades clínicas de los usuarios.

Categoría central: Costo de las sesiones. Esta categoría se refiere al costo de las sesiones establecidas por los prestadores de salud y a la percepción que tienen los psicólogos sobre su influencia en el tratamiento.

Subcategoría: Conocimiento del Costo de la Sesión. Esta subcategoría aborda el conocimiento de los psicólogos sobre el valor que abona el usuario por cada sesión de psicoterapia, detallando la tarifa por sesión y/o el costo mensual estimado.

La mayoría de los psicólogos tienen un conocimiento aproximado de los costos que abonan los usuarios. En los prestadores privados de salud (IAMC), los costos mencionados (para el período de julio a septiembre de 2023) varían según el modo:

- Modo 2: oscila entre los \$400 y \$500 pesos uruguayos. Este monto varía entre los usuarios según algunos factores como, la edad, si es trabajador de ciertos sectores o si posee beneficios adicionales con el prestador de salud.
- Modo 3: es el de menor valor, rondando entre los \$100 y \$260 pesos uruguayos. Ambos modos pueden variar ligeramente en función del prestador.

En el caso de los seguros integrales, las coberturas son completas y los usuarios no deben abonar las sesiones, ya que este les incluye el pago de 4 a 5 consultas gratuitas con profesionales al mes. En caso de que el usuario consulte con otro médico en el mes y tenga que abonar el ticket de psicoterapia, el mismo tiene un costo aproximado de \$900 pesos uruguayos.

Subcategoría: Percepción de Accesibilidad Económica. Esta subcategoría se refiere a la valoración subjetiva de los psicólogos sobre la accesibilidad económica de las sesiones de psicoterapia para los usuarios en función del costo establecido por el prestador de salud.

Cuatro de los psicólogos consideran que el costo de los modos de atención, especialmente el modo 3 (entre \$100 y \$260 pesos uruguayos), es accesible para la mayoría de la población:

P2: "En caso del módulo 3 es extremadamente accesible son menos de 200 pesos el ticket, (...) y el tener un valor tan tan barato (...) lo hace accesible para población que jamás podrían acceder a psicoterapia si no fuera por la prestación".

Por otro lado, dos de los psicólogos señalaron que, aunque las tarifas sean bajas, resultan bajas en términos relativos, ya que pueden representar una carga económica significativa dependiendo de la situación financiera del usuario. Esto es especialmente evidente en grupos como jóvenes o personas de bajos ingresos, lo cual podría convertirse en una barrera, obligando en algunos casos a espaciar las sesiones para reducir el gasto:

P6: "(...) te dicen que es algo que no es fácil pagar, depende de la realidad de la persona, que a veces no lo pueden pagar, pero si comparas con particular... es bastante accesible, hoy en día 280 pesos es muy poco dinero, es decir... pero claro, para alguien que gana veinte mil pesos por mes o treinta mil y paga alquiler (...) son 2000 pesos por mes, 1600... no es tanto, pero ta tampoco es... depende de la realidad de cada persona".

En general, la mayoría de los psicólogos concuerdan en que los costos de los modos 2 y 3 en los prestadores son significativamente menores en comparación con las consultas de psicoterapia particulares, haciendo la psicoterapia a través del sistema mutualista, más asequible a la población uruguaya:

P3: "(...) Hasta ahora ningún paciente ha tenido problema en pagar ese costo de, si ha manifestado no podrían pagar un costo que lo saben lo dominan y lo manejan que el arancel es mucho más el arancel particular (...)"

La mayoría de los psicólogos manifiesta que el precio reducido de los modos, especialmente el 3, es un elemento que democratiza el acceso a la psicoterapia para la población uruguaya. Estas medidas tomadas son consistentes con las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS (2022) en cuanto al logro de una cobertura sanitaria universal que posibilite corregir las desigualdades en el acceso. Sin embargo, dos psicólogos advierten que en casos particulares de usuarios con bajos ingresos económicos, la prestación no logra eliminar completamente las barreras económicas. La necesidad de los usuarios en espaciar las sesiones o abandonar el tratamiento podría reflejar una limitación estructural que afecta la continuidad terapéutica en estos casos particulares.

Subcategoría: Influencia del Costo en el Tratamiento. Esta subcategoría refiere a la percepción de los psicólogos sobre la influencia del costo de las sesiones para los usuarios en el desarrollo del tratamiento

Al respecto, emergen diversas perspectivas sobre cómo influye el costo de las sesiones en diferentes aspectos del proceso terapéutico.

El costo del modo 3 (que va desde los \$100 a \$260 pesos uruguayos), es percibido por algunos psicólogos como demasiado bajo para poblaciones de medios a altos recursos económicos, lo cual desde sus perspectivas puede ser un factor que disminuya la valorización

del espacio psicoterapéutico. Destacan que los usuarios tienden a faltar más frecuentemente o a no tomarlo con seriedad debido a la baja inversión económica que representa. Algunos observan que el modo 2, con un costo intermedio, tiende a generar un mayor compromiso por parte de los usuarios en comparación con el modo 3:

P2: "(...) Al ser tan barato también pierde mucho el valor, (...) no avisan o faltan sin ningún tipo de aviso sobre el mismo día, no les cambia mucho, entonces hay más faltas, hay menos compromiso con el sostén del espacio, a veces lo han abandonado... son cosas que en módulo 2 nunca paso... (...) hay un mayor valor de ese espacio (...) noto mayor compromiso (...) con modulo 3 hay familias que eso no les cambia nada, sacan de a 10 órdenes es un disparate, (...) incluso ahora pusieron un límite de cantidad de tickets a sacar, porque estaba yéndose como de las manos esto de la voracidad de sacar mucho junto, (...) esto de... total si falta, ya tengo otro... entonces a veces pierde un poco el... esto del valor, más allá de lo económico, el valor que se le da a el espacio al ser algo tan... tan... bueno, tan económico".

P13: "(...) el modo 3, el costo, lo que la persona está pagando por ese espacio, es tan poco que termina valorizando poco también el espacio, es algo muy... muy que nosotros los psicólogos podemos entender, que capaz desde otro lugar de pensado de alguna política pública no se logra captar el sentido, pero si".

En este mismo sentido, otros psicólogos manifiestan que el bajo costo de las sesiones también podría influir en la percepción del valor del servicio en el sistema de salud y la valoración de la psicoterapia a nivel social:

P2: "(...) he... hoy es un bidón de agua hasta ese valor, entonces si lo piensas, es, bueno, una hora de psicoterapia es como un bidón de agua, (...) Claro, es darle un valor al espacio psicoterapéutico y al tiempo ese de también y en nuestro caso del profesional y todo lo que está puesto en ese tiempo".

P14: "(...) ... de repente un paciente viene de una mutualista que se atendió con otro psicólogo en una mutualista, viene contigo y le decis es tanto, y quedan como congelados, como que no se lo esperan, y... y creo que hace a la valoración social...".

La analogía "una hora de psicoterapia es como un bidón de agua" refleja una discrepancia entre el costo económico de la psicoterapia y su valor a nivel social. Esto evidencia la preocupación de estos psicólogos sobre el reconocimiento social de la labor

psicoterapéutica, ya que perciben que la misma puede ser subestimada en contextos donde el costo es extremadamente bajo.

Por otro lado, como se mencionó en la subcategoría anterior, aunque el sistema ofrece actualmente tarifas reducidas en comparación a la oferta privada, los psicólogos observan que algunos usuarios de niveles socioeconómicos bajos podrían tener dificultades económicas que interfieren en el tratamiento, llevándolos a espaciar las sesiones o cortar el tratamiento. Esto ocurre particularmente con el modo 2, cuyo costo está entre \$400 y \$600 pesos uruguayos:

P14: "(...) esto depende del caso a caso, porque hay pacientes que realmente no pueden pagar nada y tienen que pagar 500 pesos y no vienen, o de repente le dan módulo 3 y... y bueno, es como la única manera que tienen de acceder o... no se, te tienen que plantear que si son 500 pesos tienen que venir cada 15 días y eso es una traba (...)"

Otro grupo menor de psicólogos manifiestan que no han observado que el costo de la psicoterapia sea una dificultad para los usuarios. La psicóloga P1 manifiesta: "y ningún paciente... O sea, hay pacientes que sí han abandonado los procesos, pero no por un tema económico".

Los resultados indican que en general las tarifas reducidas de los modos facilitan el acceso a la atención psicológica para una población más amplia, cumpliendo con los objetivos de equidad del PIPSM. Sin embargo, también debido a las tarifas reducidas, algunos psicólogos manifiestan que estas parecen tener efectos negativos respecto a la percepción del valor del tratamiento, generando un compromiso bajo con el proceso. En este mismo sentido, la percepción de que los bajos costos trivializan el valor de la psicoterapia plantea una preocupación en algunos profesionales sobre el reconocimiento y valoración social de la profesión. Por otro lado, la dificultad de los pacientes de bajos ingresos para sostener semanalmente las tarifas del modo 2, resalta la persistencia, para algunos sectores poblacionales, de barreras económicas en la adherencia al tratamiento de psicoterapia. Esto es consistente con lo que expone la OMS (2003) y las investigaciones sobre la adherencia en los tratamientos de salud y psicoterapia, en donde existe un amplio acuerdo en que la variable del nivel socioeconómico del usuario es un elemento fundamental que dificulta o mejora la adherencia a los tratamientos (Díaz Porto Robles, 2014; Hernández Fleta et al., 2009; Krebs et. al., 2012).

5.1.4. Tema 4. Trabajo en equipo, Comunicación y Vínculos

Categorías centrales	Subcategoría
Trabajo en equipo	Percepción sobre Comunicación e Interdisciplina
	Comunicación y vínculos

Categoría central: Trabajo en equipo. Esta categoría analiza la dinámica del trabajo en equipo desde la perspectiva de los psicólogos, abordando aspectos como la comunicación entre profesionales, el trabajo en equipo, la interdisciplina y los vínculos entre los profesionales.

Subcategoría: Percepción sobre Comunicación e Interdisciplina. Se refiere al acceso a la comunicación y el trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud. Abarca los mecanismos de comunicación disponibles que facilitan la misma y la valoración de los psicólogos acerca de la comunicación y el trabajo interdisciplinario.

Al respecto de estos aspectos, el PIPSM establece:

De los técnicos: (...) Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas (...) Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental. (MSP, 2011, p.23)

Los testimonios de los psicólogos describen una variedad de experiencias respecto al acceso y a los mecanismos de comunicación con otros profesionales de la salud. En una minoría de los casos, esta comunicación es percibida como accesible y efectiva. Por ejemplo, P1 destacó la receptividad y el diálogo fluido con psiquiatras en casos específicos, lo cual facilitó la atención integral de los usuarios:

P1: "Super bueno, la verdad, super bueno ha sido fácil, los psiquiatras trabajan bien por lo general son super receptivos, hay una psiquiatra en particular que justo tiene casi todos mis pacientes entonces tenemos un diálogo super fluido, este... si si...".

La mayoría de los psicólogos perciben que, a pesar de que existan comunicaciones puntuales con otros profesionales de la salud, existe una ausencia de canales formales e institucionales de comunicación, los cuales son reemplazados por iniciativas proactivas o vínculos informales generados por los psicólogos. Destacan que la comunicación depende principalmente de la voluntad y del tiempo extra de los profesionales, lo que dificulta la coordinación y comunicación. Algunos mencionan la falta de tiempo para trabajar en equipo o establecer comunicaciones, así como también destacan que esta actividad no es remunerada:

P6: "Debería de ser un ámbito institucionalizado porque si no, es una cuestión de voluntad, de tiempo extra... nadie te lo paga (...) se que... pasa he... capaz hay psicólogos que sí, porque en el grupo de psicólogos muchas veces preguntan por el teléfono de algún psiquiatra, hay cierto intercambio, pero yo en mi caso mi experiencia no, no porque ta no me parece este... mi tiempo incluso una vez una psiquiatra quería que yo la llamara cuando pudiera con la paciente es decir disponiendo de mi tiempo... a la paciente le dije mira decile a tu psiquiatra que si quiere me mande un mensaje coordinamos un horario que podamos los dos y con mucho gusto yo puedo hablar 10, 15 minutos, pero que me llame así cuando se le cante a ella y eso no, y ta después no hay nada".

Los psicólogos destacan algunas limitaciones para la comunicación, como procedimientos burocráticos que dificultan el acceso al contacto con otros profesionales. Al respecto P2 comenta: "Son una cantidad de pasos que a veces una queda perdida en el medio (...) Ni siquiera consigue el contacto (...) depende más de la familia".

Otros, explícitamente expresan que no hay comunicación entre profesionales ni espacios pensados para ello:

P4: "No, no tenía acceso, era igual que un paciente particular, no tenía una comunicación directa (...)".

P2: "Y mira sinceramente la primera vez que intenté comunicarme la gran mayoría de las veces fallé".

La modalidad más frecuente de comunicación que mencionan los psicólogos consiste en que estos solicitan al prestador el número personal del profesional con quien desean comunicarse. En la mayoría de los casos, el prestador proporciona dicho contacto, quedando

posteriormente supeditado a la disposición del otro profesional para establecer la comunicación:

P7: "Es accesible el trámite, es difícil, el contacto, porque (...) quedas supeditado a la disponibilidad de ese profesional para poder generar ese contacto".

P10: "Y depende, generalmente, excepto que ya hayas armado tu propio equipo de una manera propia individual, que hayas enganchado con otros profesionales a cargo, ¿no? (...)".

Los resultados sugieren que, aunque algunos psicólogos mencionan experiencias positivas en la comunicación con otros profesionales, se encuentran dificultades para establecer un diálogo fluido y sostenido. Estas dificultades, desde la perspectiva de los psicólogos, suelen estar asociadas con la falta de institucionalización de los mecanismos de comunicación, la sobrecarga laboral de los profesionales de la salud y la ausencia de espacios formales para el trabajo conjunto y la comunicación.

Al indagar respecto al trabajo interdisciplinario, se observa que lo que existe es más un espacio de comunicación o interconsulta entre disciplinas. Esto coincide con los hallazgos de de Lellis y Fotia (2019) quienes encuentran que la mayoría de las actividades consideradas interdisciplinarias por los profesionales de la salud pueden ser categorizadas como acciones de interconsulta o, en su defecto, como prácticas multidisciplinarias.

La literatura respalda la importancia de la comunicación interdisciplinaria en la atención en salud mental (García López, 2004) y en la disciplina psicoterapéutica para enriquecer las intervenciones y mejorar los resultados terapéuticos (Zohn Muldoon et al., 2018). Reeves et al. (2017) examina cómo la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas en el ámbito de la salud, mejora la práctica profesional y los resultados de la atención sanitaria. Sin embargo, estudios recientes también enfatizan que los sistemas de salud enfrentan desafíos similares a los descritos en esta investigación, incluyendo la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo para reuniones, la falta de protocolos claros y de incentivos para el trabajo en equipo (D'Amour et al., 2008; Nancarrow et al., 2013). Los autores destacan la importancia de contar con estrategias y estructuras de comunicación para el logro de un trabajo interdisciplinario.

En el caso de los psicólogos entrevistados, la percepción de esta comunicación limitada podría estar influenciada por la modalidad de contratación laboral que poseen, la

lejanía territorial con los espacios físicos de los prestadores de salud, así como la ausencia de políticas institucionales que promuevan su integración y comunicación con otros profesionales de la salud.

Subcategoría: Comunicación y Vínculos. Se refiere a la calidad y frecuencia de las interacciones y los vínculos entre los psicólogos y otros profesionales de la salud.

Los testimonios obtenidos muestran que los vínculos entre los psicólogos y profesionales en los prestadores de salud presentan un desarrollo limitado, caracterizado por una interacción esporádica y, en muchos casos, inexistente. Aunque se identifican ciertas instancias de contacto, la mayoría carece de conocimiento sobre sus colegas y otros profesionales. En los casos en que este contacto existe, suele deberse a la coincidencia en eventos puntuales o al uso de plataformas informales, como grupos de WhatsApp o emails:

P1: "Bueno en realidad, este el equipo de salud mental tenemos un grupo de WhatsApp con quienes conversamos, este... de todo un poco, este nos hemos juntado alguna vez, pero más desde lo social".

Algunos psicólogos expresan que la falta de comunicación se menciona como una barrera significativa para generar espacios de colaboración y sostén emocional. La psicóloga P8 comenta: "Yo tengo cero contacto con otros profesionales de allí, es una pena la verdad. Lo hemos hablado en otros círculos... la clínica puede llegar a ser un área muy solitaria". La expresión "la clínica puede llegar a ser muy solitaria" se repite con frecuencia a lo largo de las entrevistas, especialmente considerando que la mayoría de los psicólogos trabajan físicamente fuera de los prestadores de salud, lo cual podría intensificar esta sensación de soledad.

Uno de los psicólogos señala que no ha buscado de manera proactiva el contacto con sus colegas, aunque reflexiona que es posible que la institución tampoco tenga interés en fomentarlo:

P12: "(...) es algo que yo nunca busque diferente a lo que es, por otro lado, he... desde el equipo de la institución siempre me han tratado muy bien, que existan colegas que tengan una relación más fluida o más cercana me parece a mi un resultado más de circunstancias de cómo se les van dando las cosas, que de... de... de cuestiones de liderazgo, pero si responde a las necesidades organizativas que tiene la institución,

seguro, porque si no saldrían a buscar (...) Pero ni lo buscan, ni esta fácil, y nada... es este... (...) a ver una salvedad (...) yo siempre estuve muy periférico de ellos, nunca me pidieron que me involucre demasiado, nunca lo hice y he... para bien o para mal, eso hace que tenga una visión muy satelital de lo que pasa (...) se que hay he colegas he... en el equipo el equipo, es grande, debe ser alrededor de 100 terapeutas y hay algunos que tienen muchos años de trabajo y que les toman muchos pacientes y esas personas están más involucradas con el día a día en la institución, he... incluso van con cierta frecuencia a los edificios de la institución, entonces lo que te quiero decir con eso es que es posible que ellos tengan una cercanía y una fluidez dentro de la institución mucho mayor a la que tengo yo, pero creo que en mi situación es la de la mayoría de los miembros del equipo".

Las palabras palabras de periferia y satelital que manifiesta el psicólogo P12, sintetiza la experiencia y percepción de varios psicólogos entrevistados, en cuanto al vínculo con los prestadores de salud, con otros profesionales de la salud y con sus colegas psicólogos.

5.1.5. Tema 5. Coordinación, Derivación y Aspectos Administrativos

Categorías centrales	Subcategoría
Carga Laboral	Número de Usuarios Atendidos
	Expectativas Institucionales sobre Numero de Usuarios
	Percepción del Volumen de Atención y Requerimientos Institucionales
	Percepción sobre Sistema de Ordenes de Consulta
Derivación de Usuarios	Percepción sobre Modalidades de Derivación
	Criterios para la Derivación
	Personal Encargado de las Derivaciones
	Documentación e Información del usuario
Acceso a Historia Clínica	Modalidad de Acceso a la Historia Clínica
	Percepción sobre el Acceso a la Historia Clínica

Categoría Central: Carga Laboral. Esta categoría se refiere a la cantidad de usuarios atendidos semanalmente por los psicólogos, así como las expectativas institucionales respecto al volumen de atención y la percepción de los psicólogos al respecto.

Subcategoría: Número de Usuarios Atendidos. Esta subcategoría se refiere a la cantidad de usuarios que los psicólogos atienden en promedio cada semana para los prestadores de salud.

Se observó que los psicólogos atienden entre 4 a 40 usuarios semanalmente. Cinco de los psicólogos atienden entre 4 a 10 usuarios semanales, a menudo combinando esta actividad con pacientes particulares u otras actividades profesionales. Cuatro de los psicólogos refieren atender entre 15 y 20 usuarios. Cuatro de los psicólogos manejan agendas más intensas, atendiendo entre 30 a 40 usuarios semanales.

Subcategoría: Expectativas Institucionales sobre Numero de Usuarios. Esta subcategoría explora las expectativas establecidas por los prestadores de salud respecto al número de usuarios que los psicólogos deben atender semanalmente.

Los resultados revelan una diversidad de situaciones, que varían entre experiencias de los profesionales que poseen total autonomía, y casos donde existen exigencias implícitas o explícitas. A pesar de esto, destacan que los prestadores que si demandan la atención a un número de usuarios, no lo controlan de manera estricta.

Ocho de los psicólogos destacan que trabajan en contextos donde no se les impone un número mínimo de usuarios, lo que les permite manejar su carga laboral de manera autónoma. La psicóloga P3 señala que tuvo libertad absoluta para establecer límites según su disponibilidad: “Cuando quise atender, y ella me mandaba, yo quise poner el límite y lo puse”. De manera similar, el psicólogo P7 destaca que su modalidad de trabajo le permite un “ejercicio liberal de la profesión”, donde la cantidad de usuarios depende de la disponibilidad y la decisión del profesional.

Aunque algunas instituciones no formalizan exigencias, ciertos psicólogos perciben una presión implícita para mantener la atención a un número mínimo de usuarios. Por ejemplo, P6 menciona que, si bien tenía libertad para elegir la cantidad de usuarios, “tener pocos pacientes estaba mal visto”, lo que derivó en desvinculaciones laborales en algunos casos:

"No, yo podía tomar los que yo quería (...) Aunque en los últimos tiempos este... como que... bueno... si tenías muy pocos pacientes estaban mal vistos digamos, no había nada en el contrato que lo dijera, pero hubo gente que la desvincularon por tener pocos pacientes (...)"

En la minoría de los casos, aparece una expectativa implícita en la cantidad de usuarios que los psicólogos deben tomar, sin embargo, el control al respecto parece ser inconsistente y depende del prestador de salud: P8: "(...) decían que era flexible, pero que ellos esperan que pudiese ser un mínimo de 20 pacientes, 15 tal vez...". De igual forma P12 expone:

"Se supone que tendría que ver 15 por semana (...) no me lo controla, no se si es solo a mi, o no me lo controlo nunca de hecho y además lo cambia por cierta frecuencia

(...) me entero de eso porque de casualidad fui a hablar con alguien de la administración me dicen ah sí acordate que ahora son tantos pacientes, ah bueno ta okey".

Cuatro de los psicólogos reportaron que ciertas instituciones establecen expectativas claras respecto a la cantidad de usuarios que deben atender semanalmente. Por ejemplo, la psicóloga P2 señala que al momento de su ingreso se le pidió tomar "15 pacientes de base".

Estos resultados muestran que, en la mayoría de los casos, los psicoterapeutas tienen la posibilidad de decidir la cantidad de usuarios que atienden. Esto refleja un enfoque laboral más autónomo y flexible que permite a los profesionales ajustar su carga laboral según sus posibilidades y preferencias. Por el contrario, algunos prestadores demandan la atención a un número específico de pacientes, aunque varios de los psicólogos reportan que este es un aspecto que no se les controla con rigurosidad.

Subcategoría: Percepción del Volumen de Atención y Requerimientos Institucionales. Esta subcategoría se refiere a la percepción de los psicólogos respecto a los requerimientos institucionales en cuanto a la cantidad de usuarios que se espera que atiendan y a la carga laboral que efectivamente manejan en sus rutinas de trabajo.

Algunos psicólogos consideran que la carga laboral que demanda la mutualista es accesible y/o manejable, especialmente cuando ellos tienen el control sobre el número de usuarios y la organización de su agenda: P1: "(...) es super accesible (...) si es por mi propia exigencia que tengo bastantes más particular es excesivo sí [risas]". De manera similar, el psicólogo P7 destaca que esta autonomía le permite ajustar la carga laboral según la intensidad psíquica de cada usuarios: "Dependiendo de la problemática del paciente es que tantos pacientes atiendo ese día (...) hay pacientes que demandan mucho más psíquicamente y que por lo tanto uno se cansa más". Por su parte, la psicóloga P8 menciona que la atención de más de 20 usuarios semanales le parece una carga excesiva:

"La cantidad la veo bien, en el sentido de que yo me la manejo...(...) hay colegas que toman 25, 30, ya 35 es mucho, demasiado (...) he estado como muy cerca de los 20 pero me he mantenido un poquitito por debajo y nunca me han reclamado al respecto ni me han hablado de mínimos ni nada".

A pesar de la existencia de requerimientos y/o sugerencias institucionales, algunos profesionales indican que no sienten presión por cumplirlos. Al respecto, el psicólogo P12 menciona que, además, no se esfuerza por alcanzar estos estándares: "Se supone que tendría que ver 15 por semana, pero ni lo voy a hacer, ni me interesa hacerlo [risas], ni me voy a esforzar por ello".

Las instituciones que manifiestan expectativas de atención más estrictas podrían enfrentar rechazo de los profesionales, como lo menciona P14 al explicar su decisión de no trabajar para una mutualista con expectativas altas en la cantidad de usuarios a tomar, y como lo menciona P12 al expresar que no le interesaría tomar los 15 casos que le solicitan. Esto es especialmente relevante en un contexto donde la calidad de la atención puede verse comprometida por una carga laboral excesiva.

Por otro lado, algunos psicólogos consideran que las exigencias institucionales pueden ser excesivas. Por ejemplo, la psicóloga P3 explica que atender 20 usuarios le resultó insostenible, optando por una reducción significativa de las horas, así como también la psicóloga P9 menciona haber renunciado a días de trabajo para evitar un síndrome de agotamiento: "(...) estuve a punto de un burn out, y ta renuncie a dos días (...) Realmente nueve pacientes [por día] es mucho, yo creo que... y más cuando son pacientes graves... no, no es humano, estamos todas bastante desgastadas (...)".

En este mismo sentido, varios profesionales señalan que prefieren limitar el número de usuarios para mantener la calidad de la atención y preservar su bienestar emocional. La psicóloga P2 destaca la importancia de respetar un cupo para garantizar una atención personalizada y ética:

"(...) A mayor cantidad disminuye la atención personalizada y... y bueno, el pienso que le puedo dar y la disponibilidad, así que por decisión propia mi forma de trabajar y mi ética prefiero tener menos, a tener mayor número y no poder dedicarle la atención que merece cada caso".

Mientras que P14 resalta la responsabilidad individual de no exceder un número que pueda resultar riesgoso: "(...) podría llegar a ser peligroso si uno agarra de más [risas] (...) está en uno la responsabilidad de cada uno. he... de cuántos pacientes toma".

Las percepciones de los psicólogos reflejan una tensión inherente entre atender un mayor número de usuarios y mantener la calidad de la atención. Se observa que la percepción

positiva de la carga laboral está estrechamente relacionada con la capacidad de los psicólogos para manejar su agenda y decidir el número de usuarios que atienden. Aquellos que han experimentado situaciones de carga laboral elevada, resaltan los riesgos de saturación, tanto para su bienestar emocional como para la calidad de la atención. Los psicólogos entrevistados que priorizan la calidad de la atención tienden a autoimponerse límites en la carga laboral que poseen.

Al respecto, la literatura demuestra que la alta carga laboral en el ámbito de la salud, es un factor que se encuentra vinculado con la prevalencia del burnout, un síndrome caracterizado por agotamiento emocional y reducción de la eficacia personal y profesional (Acinas, 2012; Benavides et al., 2002; 2013; Partarrieu, 2018). En un estudio realizado por Isaac Otero et al. (2013), se identificó que los psicólogos que atienden un número elevado de pacientes semanalmente reportan mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, lo cual, además de repercutir en la salud mental de los psicólogos, repercute en la calidad de la atención que brindan. Esto ocurre especialmente en el contexto de la atención a un gran número de pacientes en el ámbito de la psicología clínica, y de manera particular en la psicoterapia (Partarrieu, 2018; Sahin et al., 2023). Los autores Serrano-Villavicencio et al. (2024) señalan que en contextos de alta demanda emocional, en casos de víctimas de violencia, los psicólogos pueden experimentar un desgaste acelerado que compromete la calidad de sus intervenciones, generando afectaciones negativas en los pacientes. En este campo, los psicólogos deben emplear su capacidad empática para comprender experiencias ajenas, lo que implica escuchar y abordar relatos de personas traumatizadas (Partarrieu, 2018; Sahin et al., 2023) con alto impacto emocional, relacionados con el sufrimiento humano, situaciones estresantes y violencia (Ruiz, 2013). Esta exposición constante puede generar dificultades como síndrome de burnout, desgaste por empatía, ansiedad (Acinas, 2012) y fatiga por compasión (Sahin et al., 2023).

Asimismo, Ortiz Alvarez et al. (2023) señalan que la sobrecarga laboral puede limitar la disponibilidad de los psicólogos para prepararse adecuadamente para las sesiones, reflexionar sobre los casos y participar en supervisión o capacitación continua. Los psicólogos que emplean estrategias de autocuidado como el establecimiento de límites en la cantidad de pacientes atendidos, participación en supervisión, capacitación continua y la participación en actividades recreativas, reportan menores niveles de agotamiento emocional,

preservando la calidad de sus intervenciones (Morales Miculax, 2019; Ortiz Alvarez et al 2023). En este contexto algunas investigaciones destacan la importancia de las estrategias organizacionales para fomentar el autocuidado entre los psicólogos, entre las cuales incluyen la provisión supervisión clínica y espacios de reflexión personal (Morales Miculax, 2019; Ortiz Alvarez et al., 2023), el acceso a recursos para la formación continua (Ortiz Álvarez et al., 2023) el establecimiento de límites en el número de pacientes (Robazzi et al., 2010) y la promoción de un equilibrio entre la vida laboral y personal. Estas iniciativas no solo benefician a los psicólogos, sino que también mejoran los resultados terapéuticos de los pacientes, contribuyendo a una atención más ética y efectiva (Mora Romero y Mariscal Rosado, 2019).

Otro resultado relevante se vinculó con la influencia de la remuneración en la disposición de los psicólogos a asumir una mayor o menor carga laboral. En este sentido, el psicólogo P12 señaló que el aspecto económico incidía directamente en su motivación para tomar más o menos usuarios: "(...) jugamos con muchas reglas de esas, pero no jugamos con las reglas del capital, de eso de que... es que negociemos el costo del servicio que yo les brindo, no me hace atractivo tomar la cantidad de pacientes que ellos pretenden" .

Se observó que varios profesionales para garantizar un equilibrio financiero personal, tienden a optar por reducir la carga laboral limitando la cantidad de usuarios que toman desde los prestadores de salud, y a su vez, lo acompañan con otra actividad laboral:

P8: "(...) Económicamente muchas personas incluyéndome optan por acompañar ese trabajo con otro para que financieramente resulte mejor (...) 20 [usuarios] es un buen número, pero sin embargo, me parece que es el máximo si uno cuenta con otro trabajo".

Por este motivo, el psicólogo P12 señala que atender un número elevado de usuarios para el prestador de salud afectaría su capacidad de desarrollar otras actividades profesionales:

P12: "(...) si llenara ocho horas de trabajo diarias con pacientes creo que no sería una cantidad he... eh... loca, darles quince pacientes a ellos, sin embargo he... dado que en realidad trabajo prácticamente part time en clínica, ahí sí se convertiría... si hiciera esa cantidad de pacientes en casi la exclusividad de lo que vería en clínica, entonces

no me permitiría casi trabajar ni por mi propio medio ni asociado o vinculado a otro agente".

Los testimonios revelan que la retribución económica desempeña un papel clave en las decisiones laborales de los profesionales, afectando a su disposición a asumir mayor carga, o por el contrario, menor carga de usuarios para complementar con otras actividades. Estos resultados coinciden con el Censo Nacional de Psicólogos, que muestra que para la mayoría de los psicólogos el multiempleo en Uruguay es una práctica común. El motivo principal para ello es la necesidad de obtener mayores ingresos (MSP, 2014). Sin embargo, estas estrategias adaptativas, como aumentar la carga de pacientes o combinar la psicoterapia con otras fuentes de ingreso, aunque necesarias, podrían afectar la calidad de las prestaciones, tal como se ha señalado en la literatura sobre la relación entre carga laboral y calidad de atención en psicoterapia.

Por último, otro aspecto relevante respecto a la carga laboral, es que varios psicólogos, destacan, además del volumen de usuarios, la importancia de considerar la duración de la sesión, los tiempos entre sesiones y el impacto acumulativo de esto en la carga laboral:

P6: "(...) depende del paciente, depende de cuántos pacientes tengas también, una cosa es bueno ta... los atiendo una hora... una hora y cuarto y tengo veinte pacientes, y otra es cuando tenes 40, 45, este... (...) No te dan... y no... es decir, también quedas re cansado y digamos... uno no es una máquina... y bueno es necesario descansar entre paciente y paciente".

Los psicólogos perciben que la falta de pausas adecuadas entre consultas, puede afectar negativamente tanto el bienestar del terapeuta como la calidad de la atención brindada.

Subcategoría. Percepción sobre Sistema de Órdenes de Consulta. Esta subcategoría aborda las experiencias de los psicólogos en relación con el manejo administrativo de las órdenes de consulta. Las órdenes de consulta son tickets en formato papel que el usuario debe abonar previamente a la sesión y entregarla al profesional para que este pueda presentarlas al prestador de salud y recibir la remuneración acorde.

En general, se identificó un consenso respecto al carácter demandante y burocrático del sistema. Los participantes describen el sistema de entrega presencial de órdenes al prestador de salud, como una carga administrativa adicional que afecta su experiencia laboral. El testimonio de P2 refleja esta percepción: "Es como un plus de... de responsabilidad el estar pendiente de que no falten [las órdenes] y de que estén todas y que no se pierdan". De manera similar, P3 menciona la multiplicidad de pasos necesarios para procesar las órdenes: "Tanta cosa administrativa que a mí me aburre, me cansa, me sofoca...".

Además, el proceso de facturación y las obligaciones relacionadas con el cumplimiento de las normativas de las instituciones y del MSP fueron descritos como particularmente engorrosos, destacando la complejidad del proceso y su impacto en la carga laboral: P3: "Tenés que mandar las sesiones, los tickets por email, la planilla por acá, lo otro por allá...".

Estos testimonios coinciden con los hallazgos de Escudero (2017) quien también registra que el sistema de órdenes es un proceso vivido por los psicólogos como un factor de agotamiento, en donde estos perciben esta labor como ajena a los objetivos de su tarea terapéutica.

Algunos participantes sugirieron posibles mejoras al sistema, como la implementación de registros digitales. La psicóloga P5 comentó: "Sería bárbaro que pudieras mandar algún tipo de registro por línea...", enfatizando la necesidad de modernizar los procedimientos administrativos.

Los hallazgos de esta subcategoría destacan el impacto del sistema de órdenes en la práctica diaria de los psicólogos y cómo este representa un desafío administrativo que excede sus funciones clínicas principales y se constituye como una carga administrativa.

Categoría central: Derivación de Usuarios. Esta categoría central engloba los aspectos relacionados con la derivación de usuarios desde el prestador de salud hacia los psicólogos que brindan atención. Se exploran las modalidades existentes para la derivación de usuarios, los criterios que emplea el prestador de salud en dicho proceso, el desempeño del personal responsable de esta tarea, así como la documentación con la que el usuario es remitido al psicólogo. Se analiza la percepción de los psicólogos al respecto de cada uno de estos aspectos.

Subcategoría: Percepción sobre Modalidades de Derivación. Se refiere a las modalidades existentes para gestionar la derivación de los usuarios a los psicólogos, así como la percepción de los profesionales al respecto.

Se observaron tres procedimientos diferentes para la derivación de los usuarios. Una de las modalidades consiste en que desde el prestador de salud le proporciona al usuario el número de contacto del psicólogo, para contactarse.

La segunda modalidad es similar a esta, y además los psicólogos reciben paralelamente la derivación por parte del prestador de salud con la información de los usuarios que les derivan. De esta forma el profesional cuenta con más información del usuario, por lo que decide si quiere tomar el caso, y recién allí el prestador le envía al usuario el contacto del profesional para que se comuniquen con él: P13: "En realidad me llega por email la hoja del paciente, he...el modo y el psiquiatra que lo deriva y después la persona se contacta conmigo". Se observa que esta segunda modalidad se da sólo en la minoría de los casos.

La tercera modalidad consiste en que desde el prestador de salud se le envían los datos del usuario al psicólogo, y es este último quien llama al usuario: P5: "(...) te manda un mensaje las derivadoras que hay dos... tres... tres derivadoras, este... me preguntan si quiero tomarlos, si digo que si he... yo llamo al paciente y combinamos para vernos (...)".

Al respecto de estas modalidades, varios profesionales destacan que prefieren que sea el usuario el que se contacte con ellos y no la inversa, ya que consideran que fomenta una mayor implicación por parte de este en el proceso psicoterapéutico: P14: "(...) eso me parece algo muy bueno porque es... conozco otras mutualistas en donde ellos tienen que contactar al

paciente y la demanda queda delante de uno, no me parece que esté bueno". De igual forma P8 expresa:

"Yo sí veo muy importante que sea la persona quien contacte al profesional, no al revés, porque creo que hay algo de entrar voluntariamente al proceso, de poder como que... dar a la persona ese poder de decisión, de decir aquí me voy, lo busco activamente, creo que eso puede desde el previo promover un mayor compromiso con el proceso".

En este apartado se plantea la cuestión señalada por los psicólogos, en donde consideran que la voluntad del usuario y su iniciativa para establecer contacto son elementos relevantes en el tratamiento psicoterapéutico. No obstante, esta perspectiva que poseen algunos profesionales podría entrar en conflicto con lógicas institucionales en donde se establece que es el profesional quien debe contactar al usuario para dar comienzo al tratamiento.

Subcategoría: Criterios para la Derivación. Se refiere a los criterios que utiliza el comité de recepción para tomar la decisión de derivar al usuario con el profesional, así como la percepción de los psicólogos al respecto.

En las entrevistas se observa que las distintas instituciones utilizan y ponderan diferentes criterios para derivar a los usuarios. A su vez, la mayoría de los psicólogos no presenta claridad sobre qué criterios se utilizan. La gran mayoría coinciden en que, la mayoría de las veces no se toma el criterio del área de especialización del profesional, primando otros criterios como la ubicación geográfica del psicólogo respecto a la del usuario, o la disponibilidad del profesional: P2: "(...) derivan a quien sea, me parece incluso que está solo separado los que trabajan con niños y adolescentes de adultos (...) después te llega de todo". Por el contrario, la psicóloga P5 expresó: "Me derivaron casos que no... no estaba preparada o que yo no... no tenía la herramienta para algunos casos... me derivaban niños y yo no atendía niños". De forma similar, P3 y P8 señalan:

P3: "(...) hay algo que me llama poderosamente la atención... las derivaciones que tienen que ver con el tema del domicilio, (...) yo no sabía que era así [risas], pero ella busca por ejemplo personas que si les sirve atenderse en el [barrio de montevideo] o [barrio de montevideo], donde yo estoy, por ejemplo, me localiza a mi primero (...)

Porque hay gente que dice no puedo si no es en el [barrio de montevideo] cuando salgo del trabajo, busca eso, la cercanía. En principio me llamó mucho la atención".

P8: "(...) nunca me preguntó qué casos no los atiende... me parece que sería super valioso, pero bueno creo que es mucha consideración al profesional y es raro (...) que haya más comunicación con nosotros sería algo a cambiar (...) porque bueno... aparte de chequear la disponibilidad, capaz que mensualmente... por poner un ejemplo, también chequear con que motivo de consulta se trabaja, con qué tipo de población he... entonces bueno ya podrían clasificar... que la persona que a veces está consultando y pidiendo ayuda, que no pase por diez personas para poder empezar un tratamiento, de hecho la persona a veces termina desistiendo por cansancio".

La no consideración del criterio de la formación o idoneidad del psicólogo, desde la perspectiva de P11, podría agilizar el acceso del usuario a la psicoterapia, pero a su vez, conlleva el riesgo de realizar derivaciones inadecuadas y pérdidas de tiempo para el usuario:

"(...) ellos lo piden pero después no lo cumplen (...) Eso la verdad que no está bueno, (...) yo considero que ellos tienen... saben quienes... que psicólogos están especializados, me parece que lo que pasó en ese momento fue un apuro por brindarle al usuario la solución este... porque bueno les quedaba cerca quizás viendo una dimensión sola y no teniendo el conocimiento general de decir no bueno... esta psicóloga que te estoy mandando quizás coincide y... queda precioso en la localización, pero no tiene los recursos, cuando no tiene la especialización no te puede brindar".

Asimismo, la psicóloga P11 manifiesta una experiencia respecto a las derivaciones y reflexiona sobre cómo estas repercuten negativamente en la efectividad del tratamiento y en la calidad de la atención, generando frustración tanto en los profesionales como en los usuarios, quienes debían repetir el proceso de derivación en varias ocasiones antes de ser atendidos por el profesional adecuado:

P11: "(...) yo no estoy especializada en trastornos del espectro autista, entonces después que dejó todo eso dicho (...) me llega una persona, me cuenta algunas cosas cuando voy a preguntar: es! o sea no, no, esto, ¡nooooo!, ¡porque tengo que decir que no!. En la conversación telefónica me estas contando otra cosa, por ejemplo violencia tampoco yo no recibo pacientes en situaciones de violencia (...) me pareció horrible

(...) ahí es donde ya ahí se pierde esa calidad, (...) Se pierde... se pierde... se pierde la buena atención, se pierde la calidad de lo que se le puede brindar al usuario y bueno muchas veces claro a nosotros nos llegan esas repercusiones así".

El testimonio del psicólogo P7 resume la percepción más recurrente vinculada a la desconexión entre la formación especializada de los psicólogos y las expectativas de los prestadores de salud sobre qué tipo de casos pueden atender:

P7: "Hay algunos seguros que me da la sensación que creen que los psicólogos podemos trabajar con cualquier tipo de problemática de salud mental, más allá de nuestra formación, y en realidad por ejemplo, una de las cuestiones que me pasa más seguido, es con los pacientes más graves, no... hay pacientes que en realidad es muy difícil generar un canal de derivación, por ejemplo en el caso de los trastornos de personalidad...".

Tres de los psicólogos entrevistados reportaron que en algunas instituciones la derivación es más personalizada y acorde a la problemática del usuario, por lo que se toman en cuenta varios criterios:

P6: "Si en una planilla (...) ahí cada uno pone su formación o qué tipo de consultas que tipo de motivo de consulta o este atendemos o nos especializamos bueno y ahí también la zona la disponibilidad horaria, este, bueno en base a eso se supone que te derivan".

P10: "Se mira la zona, pero es una derivación más personalizada, el comité de... de recepción elige dentro de (...) los psicoterapeutas y les recomiendan a uno o dos para que sea con ellos, es más pensado en función del emparejamiento del profesional con el paciente, se toma en cuenta lo demográfico y la zona pero después se sugiere específico (...) en realidad eso en [prestador de salud] es mucho más estructurada e inamovible en cuanto a que si te tocan niños... de tal manera, son mucho más... tu sos psicólogo de niños y adolescentes, te derivan niños de no más de 15 años (...) es más estructurada, más rígido".

Estos testimonios reflejan las diferencias en la forma en que las instituciones gestionan los recursos y toman decisiones sobre el tratamiento de los usuarios, lo cual, influye en la rapidez con la cual el usuario inicia el tratamiento y en los resultados terapéuticos.

Desde la perspectiva de los psicólogos, una mejora en los sistemas de derivación, con un enfoque más personalizado y basado en las competencias y la formación de los profesionales, podría resultar en un tratamiento más efectivo. Cabe destacar, que varios psicólogos manifiestan que esta falta de criterios para derivar a los usuarios, puede deberse también a una gran demanda de los usuarios y desborde de la estructura que tienen para abordar la misma. Este análisis se expone en la siguiente subcategoría.

Subcategoría. Personal Encargado de las Derivaciones. Se refiere a la percepción de los psicólogos sobre el trabajo del personal administrativo responsable de coordinar el proceso de derivación de usuarios a profesionales dentro de los prestadores de salud. Cabe destacar que en cada prestador de salud el personal que se encarga de las derivaciones en algunos casos es el comité de recepción, y en otros el personal administrativo.

En primer lugar, se destaca la percepción generalizada de que el personal administrativo enfrenta una alta demanda del servicio, lo que impacta negativamente en la calidad de las derivaciones: P5: "Lo que pasa que las cosas van como variando, en este momento hacen lo que pueden... (...) es un monstruo... tienen poca gente que reciba pacientes... están absolutamente desbordados". Esta cita refleja un ambiente de caos organizativo que lleva a una gestión inadecuada de la derivación de los casos. Desde la perspectiva de los psicólogos, el personal encargado de las derivaciones se ve forzado a tomar decisiones bajo presión, lo que podría resultar en derivaciones ineficientes.

Algunos psicólogos perciben que existen deficiencias a nivel organizacionales en donde, además del desborde de usuarios que solicitan la prestación, manifiestan que el personal administrativo no está capacitado para realizar una adecuada diferenciación y clasificación de los casos:

P2: "(...) el personal administrativo no está capacitado para hacer ese tipo de diferenciación, porque se ve que el sistema tampoco se lo provee... entonces... un listado que necesitaría bueno... organizarse o clasificarse, para que también el personal que va a hacer la derivación cuenta con algún tipo de referencia, que además conozco una administrativa que me ha dicho que no los capacitan para hacer las derivaciones, entonces en el listado la primer persona que les aparece imprime el ticket, y la persona capaz que esta hace un año sin disponibilidad, entonces no tienen

forma de ver la disponibilidad y capaz que ni en la zona, que podrían ponerlo... pero no aparece la zona diferenciada, eso por un lado".

Por otro lado, en cuanto a la percepción de los psicólogos sobre el trabajo del personal administrativo, es relevante destacar el reconocimiento que realizan hacia las buenas intenciones y esfuerzos que perciben de su parte. Esto podría sugerir que, a pesar de las deficiencias estructurales, falta de capacitación, y la repercusión de esto en las derivaciones, los psicólogos perciben que la predisposición del personal administrativo es un factor positivo en el proceso de atención al usuario:

P11: "Las voluntades de las personas que trabajan como secretarias y demás son buenas... siempre están tratando de hacer lo mejor posible". P5: "Yo veo que las voluntades de algunas maneras de la gente que trabaja para secretarias y demás son buenas ¿viste?, como que siempre están tratando de hacer lo mejor posible porque realmente este... son como muy cordiales, siempre buscando lo mejor".

Los resultados obtenidos muestran que la gestión de las derivaciones enfrenta algunos desafíos como la falta de formación adecuada de los administrativos y la falta de actualización y organización en los sistemas administrativos de derivación. A su vez los psicólogos perciben que la alta demanda de la atención en psicoterapia y el desborde organizacional es un factor que podría repercutir en la eficiencia de las derivaciones personalizadas.

Subcategoría: Documentación e información del usuario. Se explora la calidad y cantidad de la información que los psicólogos reciben acerca de los usuarios al momento de su derivación.

Los hallazgos revelan una marcada heterogeneidad de experiencias, dependiendo del prestador de salud y los procedimientos establecidos por este.

En dos de los casos, las psicólogas manifiestan que reciben hojas de información que incluyen datos básicos del usuario, como nombre, edad, dirección y núcleo familiar, así como el motivo de consulta y si la derivación proviene de un comité o de un profesional específico. Por el contrario, cinco de los psicólogos, reportan recibir información aún más limitada: P11: "No, el dato es nombre apellido edad, modo 2, ya está, y teléfono (...) Y bueno es como es una incertidumbre si". De igual forma, P8 manifiesta:

"(...) la información que me da sobre ellos es la categoría o la modalidad por el plan de salud mental que entra no, modalidad 2 o modalidad 3 he... esa es la única información que me da, una categoría general que a veces es rara porque por ejemplo dice trastornos del humor, demasiado hiper recontra general".

Tres de los psicólogos expresaron que no reciben información previa alguna: P10: "De cero porque no tenes en realidad el acceso,... Todo se supone podes pedirlo pero te van a decir que no o sea todo se puede pedir por email a la coordinación de, ta como pedir podes pedir". Al respecto P2, compara esta situación con la atención en su consultorio privado:

P2: "(...) y yo no tengo ningún tipo de información de quién me va a llamar, (...) entonces en verdad yo estoy como quien recibe un paciente particular, me llega un llamado y yo tengo que hacer un relevo mínimo de información hasta de la zona en donde vive la persona".

Solo dos de los psicólogos tienen acceso a bases de datos electrónicas que les permiten consultar información adicional sobre los usuarios. P9 comenta: "Tenemos si este... incluso ahora que estoy acá con teletrabajo, trabajo con una vpn y con el usuario y yo tengo acceso al listado de pacientes todos los días".

En general, los testimonios de los psicólogos evidencian que la mayoría recibe datos muy generales o nulos sobre los usuarios. Al respecto, la literatura sobre calidad en los sistemas de salud enfatiza que la documentación e información del usuario impacta en la calidad de la atención, siendo que la falta de ésta podría representar una debilidad estructural (Donabedian, 2001).

Categoría central: Acceso a Historia Clínica. Esta categoría hace referencia a la disponibilidad, el uso y la percepción del acceso a las historias clínicas de los usuarios por parte de los psicólogos. Incluye aspectos relacionados con el acceso a esta información y la utilidad percibida de la misma para la intervención psicoterapéutica.

Subcategoría: Modalidad de Acceso a la Historia Clínica. Esta subcategoría refiere a las formas, procedimientos y sistemas a través de los cuales los psicólogos acceden a la historia clínica de los usuarios.

Los resultados destacan variaciones significativas en el acceso a esta información. Algunos psicólogos reportan dificultades para acceder de manera directa. Mientras que algunos exponen que deben acudir físicamente a la institución, otros expresan que no tienen acceso:

P1: "No, en realidad si si voy hasta la sucursal y se la pido a la coordinadora si, de hecho lo he hecho en alguna oportunidad, pero ta... tengo que ir hasta ahí a verla".

P12: "Si... en los papeles pero tengo que ir hasta la oficina de salud mental para mirarlo, también entiendo el criterio por el que la mutualista dispone que no manda o no externaliza la información fuera de los muros, pero he... tengo que ir expresamente yo hasta allá si quiero consultar algo y ta".

Algunos psicólogos, al no tener acceso directo, recurren a estrategias proactivas de comunicación con otros profesionales, a la ayuda de familiares del usuario, o al usuario mismo para obtener esta información. Esto pone de manifiesto un proceso de dependencia de terceros:

P5: "Yo puedo llamar y pedir que la vean, pero no... o la otra cosa que hago a veces este es por ejemplo hace poco me llego una paciente que era el diagnóstico era muy difícil y el diagnóstico era muy complicado y le pedí a ella (...) Tú acceder no, lo que podes hacer, como yo trabajo, algunos de los psiquiatras te responden, algunos los millennials son más difíciles, este... lo que haces es llamar y pedir bueno fijate a ver que dice con respecto a que dice sobre tal cosa, pero dependes de alguien más".

La participante P10 expone que desde su percepción la falta de acceso es debido a que su contrato laboral es independiente: "No tenes acceso porque al ser tercerizado no... excepto que te entreguen informes ellos mismos". A pesar de esto, el psicólogo P7 que también posee un contrato en modalidad independiente manifiesta tener acceso a la historia clínica: "(...) yo tengo acceso al sistema de [prestador de salud] (...) a los motivos ingreso... un montón de cosas, y a la vez tengo el acceso a la historia clínica del paciente, porque yo en realidad con la cédula del paciente ya me salta la historia clínica".

Por su parte, los psicólogos entrevistados que mantienen un contrato dependiente para el prestador de salud, mencionan la posibilidad de contar con acceso directo a la historia clínica: P10: "En [prestador de salud] si (...) tenes acceso a la historia clínica porque vos sos parte, entonces tenes acceso a toda la historia".

Además de poder acceder a la historia clínica, los psicólogos P7 y P10 manifiestan que tienen el permiso de registrar información en la misma: P7: "yo ahí ingreso a las consultas (...) ingreso un montón de cosas (...) y todo lo que yo cargo es cargado a la historia clínica (...)". Sin embargo, la psicóloga P10 con contrato laboral de dependencia, manifiesta que tenía restricciones en el ingreso de información a la historia clínica en comparación con otros profesionales de la salud: "(...) siempre hay restricciones (...) En psicología se pone mucha restricción, en el interior no tengo ningún tipo de restricción para ver el historial, accedo como cualquier profesional de la salud".

Los hallazgos evidencian variaciones significativas en las formas en que los psicólogos acceden a la historia clínica de los usuarios, dependiendo del tipo de vínculo contractual y de las políticas institucionales. Mientras algunos deben acudir físicamente a la institución o solicitar la información a terceros, otros no tienen acceso directo, lo cual genera prácticas alternativas como recurrir a colegas, usuarios o familiares para obtener datos clínicos. El acceso parece estar más garantizado en vínculos de dependencia formal con los prestadores, aunque uno de los psicólogos entrevistados con contrato en modalidad independiente manifestó tener acceso a la historia clínica. No obstante, según el testimonio de una psicóloga, persisten limitaciones específicas para los psicólogos para registrar y acceder a todo el historial, en comparación con otros profesionales de la salud.

Subcategoría: Percepción sobre el Acceso a la Historia Clínica. Esta subcategoría abarca la valoración subjetiva de los psicólogos acerca de la relevancia o no del acceso a la historia clínica del usuario para su práctica y el desarrollo del tratamiento.

Algunos psicólogos consideran que el acceso a la historia clínica es una herramienta valiosa para su práctica clínica: P1: "Y si por su puesto". P9: "Claro (...) es una gran ventaja". La entrevistada P2 compara la derivación de cada caso que le llega, con una "caja de pandora", sugiriendo que la historia clínica del usuario tiene el potencial de revelar información significativa que podría ayudar al profesional evaluar si pudiera y quisiera atender el caso o no:

P2: "(...) y también para ver los antecedentes y estudios y bueno he... hasta técnicos y profesionales que están trabajando o hayan trabajo con la persona he... porque he... es como... a ver... una caja negra caja de pandora al final con cada caso, es muy similar a

lo que llega de forma particular, pero... dentro de una mutualista se podría como facilitar ciertos datos... incluso para eso para ver si uno puede trabajar con ese paciente o no [risas]... a ver si llega derivado por psiquiatría con algún tipo de patología que uno no trabaja por ejemplo ya ahí también define bastante eh la cancha digamos".

Las psicólogas P9 y P10 resaltan que el acceso a la historia clínica no solo permite un entendimiento más completo del usuario, sino que también facilita la colaboración con otros profesionales de la salud. La disponibilidad de información compartida permite que el psicólogo documente sus observaciones y decisiones pensando en los posibles lectores, mejorando así la comunicación, la colaboración interdisciplinaria y el seguimiento integral del usuario:

P9: "(...) en general si es un paciente nuevo me tomo unos minutos para ver (...) Es muy fácil y es una gran ventaja, y porque lo que yo escribo el psiquiatra lo ve también".

P10: "(...) tener la globalidad de la persona es otra historia, no es lo mismo poder tener acceso a las consultas médicas a lo que estuvieron viendo a lo que vienen trabajando, sobre todo cuando hay muchos casos orgánicos, no es lo mismo ver que tuvieron 200 entradas de emergencia, (...) no tiene nada que ver. También permite que dialogues con otro profesional, porque lo que vos escribís en la historia también lo escribís pensando y dirigido a quien lo va leer, pones por donde vas que viste, las situaciones de violencia y donde hay abuso hay mucha historia".

La entrevistada P8 destaca que prefiere obtener la información clínica directamente del usuario en lugar de recurrir a la historia clínica: "He... [piensa], no en realidad eso nunca he tenido que usar datos de su historia clínica, siempre he.. he hablado directamente con el paciente y le digo bueno si tiene alguna condición si está tomando algún tipo de medicamento... si a veces...". El psicólogo P12 expresa que el esfuerzo que le insume obtener la historia clínica no valdría la pena en relación a lo que este acceso le aportaría en su trabajo:

P12: "Ya te digo no me sirve ir allá no voy casi nunca, al final en los hechos tampoco lo necesito demasiado, me enriquecería el trabajo pero no me lo imposibilita y eso hace que prácticamente nunca le mire las historias clínicas. O sea sí, pero no es una cuestión de vida o muerte".

Cabe destacar que estos testimonios, además de evidenciar la influencia de sus enfoques terapéuticos sobre la relevancia que le dan al acceso a la historia clínica, podrían reflejar una adaptación flexible al contexto de disponibilidad limitada de esta herramienta en sus entornos de trabajo, así como a las prácticas tradicionales de no acceso en el ámbito del consultorio privado.

En síntesis, las percepciones respecto a la utilidad de la historia clínica varían en los psicólogos. Algunos consideran que este acceso es una herramienta valiosa para su práctica clínica, permitiendo un entendimiento más completo del usuario y facilitando la colaboración con otros profesionales de la salud, y otros no lo consideran como una herramienta útil.

5.2. Análisis y Discusión de Resultados para objetivo 3

Respecto al objetivo 3 se presentan los resultados respecto a las fortalezas y desafíos de las prestaciones de psicoterapia desde las perspectivas de los psicólogos.

5.2.1. Fortalezas y facilitadores

Los testimonios de los psicólogos señalan por un lado, fortalezas para los usuarios, y por otro facilitadores para su práctica clínica.

Respecto a las fortalezas del plan para los usuarios, la mayoría de los psicólogos menciona que el gran logro del plan es la facilidad en el acceso a la psicoterapia para la población. Principalmente, mencionan que una de las mayores facilidades es la reducción de las barreras económicas, destacando lo significativo que resulta para las personas recibir psicoterapia, algo que sería inalcanzable en contextos fuera del sistema de prestaciones. Esto se refuerza con la idea de que el acceso a Fonasa beneficia no solo a un individuo, sino también a su núcleo familiar, incluyendo la salud mental como parte integral de la atención sanitaria:

P2: "(...) las personas puedan acceder al servicio de psicoterapia, que de otra forma no sería posible, y en situaciones de mucha vulnerabilidad, en donde un familiar tenga acceso a Fonasa... ya permite que la familia esté cubierta para lo que sea salud, incluyendo la psicoterapia, me parece que es fundamental que esté incluida dentro

de... bueno de la concepción de salud, la salud mental parte de, sé que es muy revolucionario en el país pero que claro está muy en pañales".

P5: "(...) hay gente que si no fuera por este costo no podría atenderse ...yo creo que es un gran servicio, además recibís a sectores de la población que realmente te das cuenta de que están mega estresados, ni que hablar de los menores de 25 ni que hablar de los profesionales de la salud, ni los docentes, o sea están hechos pelota. Este... y vos recibís pacientes que yo creo que nunca llegarían a la consulta particular lo cual es muy interesante... como eso de sectores poblacionales que están siendo psicologizados hoy en día que antes quizás jamás hubieran tenido consulta con psicólogo".

Por otro lado, P14 reconoce que el plan logra, al menos, aliviar rápidamente el malestar de los usuarios, lo que es visto como un beneficio práctico para quienes buscan un alivio inmediato, aunque esto se señala como un aspecto debatible desde ciertas corrientes teóricas:

"(...) Freud allá por el 1900 esto ya lo veía... ya lo había visto Freud que era necesario y él lo que decía es que ta sacrificando (...) lo analítico y agregando alguna cuestión más sugestiva entre comillas, como más orientada a... a aliviar la sintomática rápidamente perdiendo la parte del análisis, pero bueno ganando por ahí he... ahorrándole malestar al sujeto creo, que por ahí está bueno, no es lo mejor pero es algo".

Respecto a los facilitadores de la práctica clínica, los psicólogos hacen referencia a algunas condiciones laborales que consideran favorables, como lo son, el flujo y volumen de usuarios que les derivan, así como la libertad en el número mínimo de usuarios a atender.

Algunos mencionan que no observan facilitadores para su práctica clínica.

Con menos frecuencia y en algunos casos puntuales, los psicólogos mencionan como facilidades, lo que corresponde al trabajo interdisciplinario, el respaldo institucional y profesional, el aprendizaje en una clínica diversa y socialmente significativa, la remuneración y el apoyo del equipo de trabajo. Se observa que estas fortalezas mencionadas dependen particularmente de las fortalezas que posee el funcionamiento del prestador de salud para el que trabajan.

5.2.2. Barreras y desafíos

Se exploraron las dificultades, barreras y desafíos que los psicólogos perciben en su práctica clínica diaria.

Los aspectos mencionados que se destacaron fueron la falta de formación y supervisión, desafíos en el trabajo en equipo e interdisciplinar, sobrecarga administrativa, falta de información de los usuarios, falta de personalización en las derivaciones de los usuarios, remuneración recibida, escasez de recursos clínicos y debilidades en la infraestructura.

Respecto a la formación y capacitación, los psicólogos señalaron deficiencias en la oferta y el acceso a la misma de parte de los servicios de salud. El testimonio de la psicóloga P2 señala no solo la ausencia de brindar formación sino de la divulgación científica y/o espacios de capacitación profesional. Esta carencia genera una dependencia de los recursos individuales del psicólogo, lo que podría limitar la posibilidad de desarrollar una práctica clínica de calidad:

P2: "(...) la falta de recursos sería el principal limitante, que los recursos a nivel de material de divulgación de informaciones, de divulgación científica, supervisión covision, encuentros de intercambio, todo lo que es el brindar recursos humanos y recursos he... materiales, es el que hay mayor decadencia (...) también limita un poco todos los otros ¿no? que... que bueno, no queda mucho a disposición como de los profesionales que trabajamos (...) todo esto queda muy relegado a lo que uno al final tenga individualmente he... a nivel de recursos, de formación, de supervisión, hasta condiciones materiales en infraestructura que no se proveen y que no están de base a veces tampoco (...) Promover la formación más allá de que no las provea, divulgar actividades conferencias de interés".

Desde el modelo de Donabedian (2001), la falta de inversión en la dimensión estructural (en este caso, recursos humanos y formación profesional) podría afectar directamente los procesos y resultados de atención.

En cuanto a la supervisión clínica, algunos testimonios destacan su importancia para garantizar una práctica ética y efectiva, pero enfatizan que las condiciones laborales actuales no facilitan su implementación. Por ejemplo, P12 menciona: "no creo que pagaran el rato por

ir (...) no tendría un estímulo para usar esa hora, me sirve más usarla con un paciente". Asimismo, P13 afirma que "la supervisión es algo fundamental", pero critica la desconexión entre su relevancia y el reconocimiento económico por parte de las instituciones, lo cual desmotiva su adopción como una práctica regular.

En cuanto a la comunicación y el trabajo en equipo, los testimonios reflejan una percepción de aislamiento y falta de cohesión entre colegas y con otros profesionales de la salud. La psicóloga P2 manifiesta la necesidad de:

"(...) que haya reuniones de coordinaciones y intercambio de información, o de algo que genere mucho más, no hay una sensación de equipo o diálogo con otro, me parece fundamental, sea por WhatsApp o en persona, pero que haya".

Varios psicólogos destacan que debido a la ausencia del trabajo en equipo, sumado a la percepción de que el trabajo clínico es solitario, manifiestan la necesidad de generar más interacciones y conexiones significativas con otros: P9: "(...) a veces te sientes un poco solo o frente a determinadas situaciones que las vas aprendiendo a manejar me parece".

Otra de las dificultades identificadas para algunos es la carga laboral y la gran demanda de atención:

P3: "Va en desmedro de la calidad, me parece que cuando el volumen es mucho, y poquito tiempo, y cumplirlo a rajatabla, y uno tras otro, ahí yo no sé si se puede... yo por lo menos no puedo hacerlo, este... prefiero menos pacientes, más calidad, que ese volumen tan estrepitoso que en cuestión de un año y medio se ve que el volumen es grande porque se ha tenido que incorporar dos colegas más y precisan más, se ve que la demanda es grande".

Este planteo enfatiza la tensión entre la cantidad de demanda y el tiempo disponible para cada caso, sugiriendo que la sobrecarga puede llevar a una atención menos personalizada y, en algunos casos, a errores o dificultades para recordar los detalles de cada usuario:

P9: "(...) bueno el tema del tiempo me parece que es fundamental para dar una calidad no... somos humanos y a veces cuando arrancan muchos pacientes a la vez te pasa, no te acuerdas fulano que era porque consultaba tenes que mirar, yo tengo una historia paralela que me hago de cada paciente me anoto todo lo que tengo que trabajar en cada paciente, pero eso lo hago en casa no, eso no lo podes hacer ahí, eso como barreras más grande (...) mandamos material entonces yo les digo te mando un correo,

ta me dan el correo y a veces pasan unos días y yo no les envíe el correo, porque no tuve tiempo, porque me confundí, me olvidé".

Otra dificultad mencionada por los psicólogos es el peso del trabajo administrativo no remunerado. Mencionan la necesidad de realizar tareas adicionales como, generar informes, gestionar órdenes y cumplir con registros administrativos. El psicólogo P12 expresó:

"(...) tampoco te pagan las horas que te pueden insumir generar los informes, porque bueno... tenes que sentarte a hacerlo, además de todo el trabajo administrativo (...) el trabajo de registro administrativo cumpliendo lo que te pide la contabilidad de la mutualista lo tengo que hacer yo (...) se han puesto muy molestos y me empieza a insumir trabajo y tiempo a dedicarle en determinados momentos del mes para que me paguen en fecha porque si no te lo corren para un mes después y es tiempo no remunerado (...) y si algo no cumplimentas el que sale perjudicado sos vos, entonces devuelta ese es un desincentivo al trabajo tercerizado con ellos, yo personalmente no lo digo desde un lugar de que ha que horrible... nose cuanto, porque entiendo porque el sistema funciona así o de cómo buscarle la vuelta, pero si te digo eso me desincentiva a hacer las cosas, y lo trato de resolver con atajos, cuestiones sencillas, cuanto menos pacientes mejor, para no complicarme con controlarles las órdenes y ta entonces este...(..) además no hay una... no hay una gobernanza que pueda sincronizar la oficina de salud mental con la contabilidad (...) quedas de vuelta librado a resolvertela vos como podes (...) eso es engorroso y es molesto, eso por un lado y bueno nada eso venía por el lado este del tiempo que trabajas para ellos que no te dan remuneración porque no es un ticket y ta pero lo tenes que hacer igual".

Al respecto de lo administrativo, varios psicólogos mencionaron que una de las limitaciones que observan en su práctica clínica es el sistema de órdenes de consulta que manejan los prestadores de salud. Mencionan aspectos engorrosos vinculados a la gestión manual de documentos y al tiempo requerido para completar estas tareas. La psicóloga P1 expresó:

"No tengo ninguna barrera (...) la única dificultad es que tengo que ir a llevar las facturas presencialmente (...) este sistema de andar con los papelitos todo el tiempo me parece medio ya un poquito pasado de moda".

Este testimonio habla de una falta de actualización tecnológica en los sistemas administrativos, lo que genera frustración y una sensación de ineficiencia.

Otro de los aspectos limitantes señalados por los psicólogos fue respecto a las condiciones laborales, particularmente la remuneración recibida. Los testimonios evidencian una percepción generalizada de insatisfacción de las condiciones económicas. La participante P6 señala: "Las condiciones económicas (...) no son buenas (...) trabajar en esas condiciones es lamentable". Asimismo, otro testimonio compara el salario recibido con el de otros roles dentro del sistema de salud: P8: "Es menor que el de una auxiliar de servicio o un técnico (...) en un contexto donde ni siquiera se garantiza un consultorio adecuado". Los resultados destacan que la remuneración insuficiente afecta directamente la percepción de los psicólogos sobre su rol y el apoyo institucional recibido. Esta insatisfacción podría generar desmotivación, rotación laboral y, en última instancia, impactar en la calidad de atención brindada.

Por último, los psicólogos destacan que la falta de acceso a la información del usuario cuando reciben la derivación, junto a la falta de acceso a la historia clínica, se presentan como limitantes. Al respecto P12 manifiesta: "No es fácil acceder a la historia clínica (...) eso dificulta diseñar una estrategia adecuada para la persona que pretendes atender". Del mismo modo P8 expresa: "No saber nada sobre la persona, su motivo de consulta (...) limita la posibilidad de preparar un abordaje adecuado antes del primer encuentro". Esta falta de antecedentes clínicos es visto como una limitante en la capacidad del psicólogo para orientar su diagnóstico y tratamiento de manera eficiente.

Capítulo 6: Consideraciones finales

6.1. Conclusiones

El presente estudio permitió analizar aspectos de la calidad de la atención en psicoterapia dentro del marco del PIPSM, desde la perspectiva de los psicólogos que brindan estos servicios. Se logró describir sus prácticas clínicas, el funcionamiento de las prestaciones y sus percepciones al respecto, identificando fortalezas y limitaciones en el sistema.

Una de las principales fortalezas del plan señaladas por los profesionales es la mejora en el acceso a la psicoterapia, especialmente gracias a la reducción de barreras económicas en comparación con la atención privada. Respecto a la práctica clínica de los psicólogos, destacan aspectos facilitadores y positivos como, la libertad que poseen en la elección de usuarios a atender y el flujo de usuarios que les derivan desde los prestadores de salud.

Sin embargo, también identifican importantes desafíos estructurales y organizativos, cuya intensidad y características varían según el prestador de salud. En relación con la infraestructura, se observa una disparidad significativa: quienes trabajan en consultorios particulares valoran la privacidad y el confort, aunque enfrentan desafíos económicos asociados a la autogestión; en contraste, quienes ejercen dentro de las instalaciones de las instituciones manifiestan menor satisfacción con las condiciones físicas, mobiliario y la privacidad del entorno.

La disponibilidad de materiales clínicos para evaluación y tratamiento es limitada y depende, en gran medida, de los recursos propios de los profesionales. Esta situación genera una práctica clínica desigual, con variaciones que podrían comprometer la calidad de las intervenciones. A esto se suma un uso escaso y no sistemático de guías clínicas, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer la capacitación y promover su incorporación en la práctica clínica de las prestaciones.

En lo que respecta a la supervisión clínica, si bien está contemplada en la normativa del PIPSM, no es promovida activamente por los prestadores de salud. Aunque algunos psicólogos han naturalizado esta ausencia, la mayoría reconoce su valor para la calidad asistencial y el cuidado profesional. La formación continua presenta una lógica similar:

depende casi exclusivamente de la iniciativa y los recursos personales, dado que la oferta institucional es escasa y poco sistemática. Aunque gran parte de los psicólogos han realizado estudios de posgrado en psicoterapia, Uruguay aún carece de un marco normativo claro que establezca criterios mínimos de formación, certificación y supervisión necesarios para el ejercicio de la psicoterapia, lo que podría generar incertidumbre respecto a los estándares de calidad en la práctica.

En cuanto a las condiciones del encuadre, aunque la duración de las sesiones sugerida por los prestadores es consistente con los 40 minutos establecidos por el PIPSM, los psicólogos poseen diversas percepciones al respecto. Algunos profesionales consideran ese tiempo adecuado, mientras que otros lo ven insuficiente, especialmente cuando se ven obligados a restringirlo a 30 minutos. Otros ajustan el tiempo de la sesión a las necesidades del usuario, sin que exista una remuneración proporcional, lo que puede afectar la sostenibilidad de la práctica.

En cuanto a la duración total de los tratamientos, si bien se ajusta en todos los prestadores de salud a lo estipulado por la normativa, los psicólogos consideran que estos tiempos son suficientes para abordar problemas específicos y de menor gravedad, pero lo consideran insuficiente para abordar casos complejos, como los trastornos de personalidad. La reducción en las posibilidades de renovación y/o extensión de las sesiones genera preocupación por la continuidad de la atención en estos casos, lo que plantea la necesidad de introducir mayor flexibilidad en los criterios de duración del tratamiento para responder a casos de mayor complejidad.

Respecto al trabajo interdisciplinario, los resultados muestran que esto se ve limitado por la falta de políticas institucionales que fomenten la integración entre profesionales. Si bien existe comunicación y colaboración entre profesionales, esta ocurre principalmente por iniciativa individual de los psicólogos y fuera de canales formales, lo que reduce su sistematicidad y efectividad. En la práctica, esto genera un modelo basado en interconsultas esporádicas más que en una verdadera dinámica interdisciplinaria. A su vez, esta limitación se acentúa por el hecho de que muchos psicólogos trabajan fuera de las instalaciones físicas de los prestadores de salud, lo que dificulta aún más el trabajo en conjunto.

En cuanto a la carga laboral, los psicólogos atienden entre 4 y 40 usuarios semanales. Se observa que la percepción positiva de la carga laboral está estrechamente relacionada con

la capacidad de los psicoterapeutas para manejar su agenda y decidir el número de usuarios que atienden. Varios profesionales señalan que prefieren limitar el número de usuarios para mantener la calidad de la atención y preservar su bienestar emocional. Una sobrecarga sostenida, sin tiempos adecuados entre sesiones y sin espacios de formación o supervisión, podría comprometer la calidad del servicio y aumentar el riesgo de desgaste profesional. También se observó que la remuneración de los psicólogos influye significativamente en la disposición a asumir mayor volumen de atención, o por el contrario, menor carga de usuarios para complementar con otras actividades laborales. Sin embargo, estas estrategias adaptativas y compensatorias, aunque necesarias, podrían repercutir en la calidad de la atención.

Los aspectos administrativos también representan una carga de trabajo adicional. El sistema de órdenes de consulta es percibido como engorroso y burocrático, afectando negativamente la experiencia laboral e interfiriendo con el tiempo disponible para el trabajo clínico.

En lo que refiere a la derivación de usuarios, se identifican debilidades en los criterios utilizados. Los psicólogos señalan que frecuentemente se prioriza la disponibilidad del profesional o la ubicación geográfica por encima de la especialización profesional. A pesar de que esto genera una mayor agilización en la rapidez de las derivaciones, los psicólogos manifiestan que muchas veces reciben casos para los cuales no se encuentran preparados y/o formados para atender. Esto genera un flujo de derivaciones ineficientes y además afecta la seguridad de la atención, poniendo en riesgo la efectividad del tratamiento. Por esto, plantean la necesidad de mejorar los sistemas de derivación con un enfoque más personalizado y basado, también, en las competencias de los profesionales. Además, expresan que la escasa información disponible del usuario al momento de recibir la derivación, junto con el acceso limitado a las historias clínicas, constituye una barrera para la planificación del abordaje clínico.

En suma, los hallazgos muestran que la calidad de la atención psicoterapéutica en el SNIS, desde la perspectiva de los psicólogos tratantes, presenta avances significativos en términos de accesibilidad, pero también implica importantes desafíos relacionados con la infraestructura, los recursos, la supervisión, la formación, y el trabajo interdisciplinario. El funcionamiento de las prestaciones varía considerablemente según el prestador y las

condiciones laborales del profesional, lo que introduce un componente de inequidad en la experiencia asistencial de los usuarios.

6.2. Limitaciones del Estudio y Sugerencias para Futuros Estudios

Si bien este estudio aporta información valiosa sobre las percepciones de los psicólogos en relación con las prestaciones psicoterapéuticas del SNIS, es importante considerar algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al momento de interpretar los hallazgos y proyectar futuras investigaciones.

En primer lugar, el diseño cualitativo permitió una exploración profunda de las percepciones y experiencias de los participantes, pero no posibilita la cuantificación de la magnitud de los problemas identificados ni la generalización de los resultados a toda la población profesional. Esta característica inherente al enfoque metodológico utilizado implica que los hallazgos deben ser comprendidos como representaciones contextualizadas y no como estimaciones poblacionales.

Una posible limitación adicional radica en el sesgo de autoselección y que los psicólogos que aceptaron participar podrían tener un mayor interés en el tema o percepciones más críticas sobre la calidad de la atención. En este sentido, futuras investigaciones podrían considerar estrategias de muestreo más amplias y diversificadas que permitan captar una mayor heterogeneidad de experiencias y opiniones.

Asimismo, el estudio se centró exclusivamente en la perspectiva de los psicólogos tratantes. Si bien esta mirada resulta fundamental para comprender el funcionamiento de las prestaciones, sería enriquecedor incorporar en futuras investigaciones las perspectivas de otros actores clave del sistema, como usuarios de los servicios, gestores institucionales y responsables de políticas públicas en salud mental. Esto permitiría obtener una visión más integral y articulada del sistema.

En cuanto al enfoque de análisis, este se centró en las dimensiones estructurales y de proceso de la calidad de la atención, por lo que sería importante que futuras investigaciones profundicen también en los resultados obtenidos por los usuarios.

También se sugiere considerar en estudios posteriores la influencia de variables sociodemográficas y profesionales, como la edad, la experiencia laboral o el nivel de

formación de los psicólogos, en sus percepciones sobre la calidad de la atención.

Otra limitación es la delimitación geográfica del estudio, centrado únicamente en la ciudad de Montevideo. Dado que las condiciones de acceso, infraestructura y funcionamiento de los servicios pueden variar significativamente en el interior del país, sería interesante que investigaciones futuras pudieran ampliar el alcance territorial.

Por último, este estudio, de carácter exploratorio, optó por no diferenciar entre los servicios destinados a niños/as y adolescentes y aquellos orientados a población adulta. No obstante, considerando las diferencias sustantivas en los procesos terapéuticos, las problemáticas abordadas y las necesidades de cada grupo etario, se recomienda que futuras investigaciones desarrollen análisis específicos que contemplen estas particularidades.

6.3. Recomendaciones para Mejorar la Calidad de la Psicoterapia en el SNIS

A partir de los hallazgos obtenidos, se proponen una serie de recomendaciones orientadas a fortalecer la calidad de la atención psicoterapéutica en el marco del SNIS.

En primer lugar, sería recomendable revisar y mejorar la infraestructura destinada a la psicoterapia en los prestadores de salud, con el fin de propiciar espacios físicos adecuados, confortables, privados y estables que faciliten el vínculo terapéutico y favorezcan el proceso clínico.

Asimismo, sería pertinente considerar la evaluación de la duración estándar de los tratamientos psicoterapéuticos, incorporando criterios clínicos y diagnósticos más flexibles, para adaptar el número de sesiones a las necesidades de los casos más complejos o crónicos.

En relación con el trabajo interdisciplinario, se destaca la importancia de institucionalizar reuniones periódicas entre profesionales, generando espacios estables de intercambio interdisciplinario. Del mismo modo, se sugiere ajustar los mecanismos de derivación, promoviendo un enfoque más personalizado que considere no solo la disponibilidad o cercanía geográfica, sino también la formación y experiencia del profesional tratante.

Otro aspecto clave identificado es la conveniencia de incorporar dispositivos sistemáticos de supervisión clínica. Estos espacios pueden favorecer la reflexión sobre la

práctica, mejoran la calidad técnica de las intervenciones y podrían funcionar como mecanismos de apoyo al bienestar emocional de los profesionales. En línea con ello, sería recomendable promover y facilitar la formación continua de los psicoterapeutas del SNIS, asegurando el acceso a instancias de actualización científica y técnica.

Adicionalmente, se sugiere optimizar los sistemas administrativos, especialmente el sistema de órdenes de consulta, mediante procesos digitalizados y más ágiles, que reduzcan la carga burocrática y liberen tiempo para la tarea clínica.

Finalmente, se considera importante facilitar el acceso oportuno y seguro a la información clínica de los usuarios, sin que ello vulnere la confidencialidad ni sus derechos.

A doce años de la implementación del PIPSM, este estudio da cuenta de avances relevantes en el acceso a la psicoterapia por parte de la población uruguaya, pero también revela persistentes desafíos en torno a la calidad de su implementación. Las percepciones de los psicólogos tratantes permiten visibilizar tensiones entre la normativa vigente y las condiciones efectivas en las que se brinda la atención por parte de los prestadores de salud. La investigación aporta evidencia empírica sobre cómo variables organizativas, estructurales y relacionales inciden en la experiencia clínica, resaltando la importancia de políticas que garanticen no solo la accesibilidad, sino también la calidad, la sostenibilidad y la equidad en las prestaciones psicoterapéuticas.

Estos hallazgos permiten considerar que mejorar la calidad de la psicoterapia en el SNIS depende también de optimizar las condiciones institucionales, normativas y organizativas que estructuran la práctica de los psicólogos. En este sentido, la implementación de mecanismos sistemáticos de monitoreo, evaluación y retroalimentación continua se presenta como una herramienta central para el fortalecimiento de las prestaciones en salud mental.

Se espera que los aportes de este trabajo resulten útiles para promover la reflexión sobre la calidad de la atención en psicoterapia y, en la medida de sus alcances, contribuir al desarrollo de futuras investigaciones con el fin de identificar posibles caminos de mejora en los dispositivos y políticas vinculadas a la práctica psicoterapéutica en el marco del SNIS.

Referencias bibliográficas

- Acinas, M. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
- Aguirre Gas, H. G. (2002). *Calidad de la atención médica: Bases para su evaluación y mejoramiento continuo* (3ª ed.). Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
- Alarcón Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 113-126.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500009&lng=en&tlng=es
- Álvarez Valenzuela, M. C. (2017). *Seguridad y Calidad en Programa de Salud Mental en Atención Primaria. Implementación de Calidad Asistencial en programa de Salud Mental en Cesfam Pdta. Michelle Bachelet Jeria*. [Tesis de Maestría, Universidad Andres Bello]. <https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/10412>
- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102–109. <https://doi.org/10.1037/a0030276>
- American Psychological Association. (2019). *Guidelines for the treatment of depression across three age cohorts*. American Psychological Association.
<https://www.apa.org/depression-guideline>
- American Psychological Association (2023). *Psychologist reaching their limits as patients present with worsening symptoms year after year: 2023 Practitioner Pulse Survey*.
<https://www.apa.org/pubs/reports/practitioner/2023-psychologist-reach-limits>
- Artola, M. J. (2020). *Psicoterapias en el Sistema Nacional Integrado de Salud: vivencias de los usuarios respecto a los cambios auto percibidos y a las características de la atención recibida*. [Tesis de Maestría, Universidad de la República].
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27011>
- 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.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300005

- Becoña Iglesias, E., Casete Fernández, L., Lloves Moratinos, M., Nogueiras Fernández, L., Lage Muiño, M., Gutiérrez Moyano Zimmerman, M. M., Baamonde Rodríguez, M. G., Lorenzo Pontevedra, M. C., Suárez Pita, S., González Valerio, N., Vázquez Domínguez, M. J., y Míguez Varela, M. C. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 9-19. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808702>.
- Benavides Pereira, A.M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E. y González Gutiérrez, J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el “inventario de burnout de psicólogos”. *Clínica y salud*, 13(3), 257-283. <https://psykebase.es/servlet/articulo?codigo=8256050>
- Benítez Ortega, J. L., Venceslá Martínez, J. F., López Pérez-Díaz, Á. G., Rodríguez Gómez, A., Gómez Gómez, V., Martínez Cervantes, R. J., Romero Gamero, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2021). Calidad asistencial de la psicología clínica en el Servicio Andaluz de Salud evaluada por los facultativos. *Apuntes de Psicología*, 39(3), 143-158. <https://doi.org/10.55414/ap.v39i3.910>
- 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. http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf
- Boaden, R., Harvey, G., Moxham, C., & Proudlove, N. (2017). *Quality improvement: Theory and practice in healthcare*. NHS Institute for Innovation and Improvement. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Quality-Improvement-Theory-and-Practice-in-Healthcare.pdf>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, J., Scholle, S. H., & Azur, M. (May 14, 2014). Strategies for Measuring the Quality of Psychotherapy: A White Paper to Inform Measure Development and Implementation. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. <https://aspe.hhs.gov/reports/strategies-measuring-quality-psychotherapy-white-paper-inform-measure-development-implementation-1>

- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 473-482. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500009
- Cardenas, L. M., y Arroyo, V. J. (2014). *Evaluación de la calidad de los servicios de psicología y fisioterapia en la I.P.S. Medicina integral CISADDE de la ciudad de Cartagena en el primer semestre del año 2014*. [Tesis de Grado, Universidad de Cartagena]. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/5115>
- Cruz, C. (2004). *Los atributos del psiquiatra moderno: Estudios en gestión y psiquiatría de enlace*. RiL Editores
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 159, 118–126.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 188.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- De Geest, R. M., Meganck, R. (2019). How Do Time Limits Affect Our Psychotherapies? A Literature Review. *Psychologica Belgica*, 59(1), 206-226.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6625551/>
- De la Parra, G., Errazuriz, P., Gomez-Barris, E. y Zuñiga, A. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Centro de Políticas Públicas UC*, (113), 3-20.
https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/06/Art%C3%ADculo-Propuesta-para-una-psicoterapia_G-de-la-Parra-y-otros_CPoliP%C3%BAblicas-UC_junio2019.pdf
- de Lellis, M., y Fotia, G. D. (2019). Interdisciplina y salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 26, 79-187. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369163433018>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

- Díaz Porto Robles, M. (2014) La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud María L. *Revista Griot*, 7(1), 73-84. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554>
- Dogmanas, D., Arias, A., Gago, F., De Alava, L., & Roussos, A. (2022). Implementation of a psychological treatment outcomes evaluation system for young people at Uruguay's National Health System: Using CORE-OM. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(4), 946-957. <https://doi.org/10.1002/capr.12579>
- Dogmanas, D. (2014). *Adaptación y Validación en Población Uruguaya de la Escala HoNOS de Resultados en Servicios de Salud Mental*. [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca].
- Dogmanas, D., Rydel, D., y Casal, P. (2023). El psicólogo en el Sistema Nacional Integrado de Salud. En Tortorella, A. Tabó, J. Contino, S. Dogmanas D y Casal P. (Eds.), *Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud*. Comisión Sectorial de Enseñanza
- Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(1), 5-101. <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- Escudero, E. (2015). *Papel emergente de la Psicología en Organizaciones Sanitarias en Uruguay Estudio de las prácticas psicológicas en el mutualismo montevideano a partir de las nuevas prestaciones en salud mental*. [Tesis de Maestría, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7562>
- Fairburn, C., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación en psicoterapia (más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(3), 229-246. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-402603>
- Fernández Castrillo, B., Gerpe, M., y Villalba, L. (2010). *El Programa de Psicoterapia del Hospital de Clínicas*. Ediciones Universitarias-CSIC.

https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=70831

Fernández Castrillo, B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de Salud Mental en el Uruguay progresista*. Biblioteca Plural. Universidad de la República, Montevideo.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10667?mode=full>

Garay, C., Etenberg, M., Hornes, A., Martini, S y Korman, G. (2011). Guías clínicas en salud mental: conocimiento, valoración y uso en el área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Perspectivas en Psicología*, 8(2), 14-19.

<http://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/37>

García, L. (2009). Historia reciente de la investigación en psicoterapia. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(1), 1-6.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127084003>

García, V., González Regadas, E., Lagos, M. E., Costanzo, A. y Gómez, G. (s/f). *La psicoterapia en el Plan de Salud Mental: derechos y obligaciones*. Comisión Directiva de FUPSI (Federación Uruguaya de Psicoterapias). Trabajo presentado en III Jornadas en Recursos Humanos en SNIS, Montevideo, Uruguay.

http://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Doc.17_La%20psicoterapia%20en%20el%20plan%20de%20salud%20mental.pdf

García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1155789>

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.

http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/01_foro_06.pdf

Ginés, M., Porciúncula, H. & Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 129-150. http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf

- Hernández Fleta, J. L., Acosta Artiles, F. J., & Pereira Miragaia, J. (2009). Adherencia terapéutica. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 9(1), 13-28.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3271843>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hirsch, P. (s.f). ¿Cómo se evalúa la calidad en Psicoterapia?.
http://pablohirsch.com/wp-content/uploads/2016/05/como_se_evala_calidad_en_psicoterapia.pdf
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Isaac Otero, B.G., García Grajeda, G., Bosch Canto, V., Méndez Venegas, J., y Mercedes Luque, C.M. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23(2), 217-226.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/503/833>
- Juul, S., Poulsen, S., Lunn, S., Sørensen, P., Jakobsen, J. C., & Simonsen, S. (2019). Short-term versus long-term psychotherapy for adult psychiatric disorders: A protocol for a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Systematic Reviews*, 8. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1099-0>
- Kilbourne, A., Beck, K., Spaeth, Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R., Tomoyasu, N., & Pincus, H. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 17(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P. & Melis, F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad. *Psykhē*, 21(2), 133-147.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282012000200011&lng=es&tlng=es.
- Lagos, M. E. (2013). *Formación y fortalecimiento de Recursos Humanos en Salud*. “La Psicoterapia: una profesión de hecho, pero no de derecho”. 1º Jornadas de Psicoterapia en los Servicios de Salud “Prácticas psicoterapéuticas actuales en los Servicios de Salud.

<https://ifoppsi.com.uy/wp-content/uploads/2024/09/psicoterapia-uruguay-lagos-2013.pdf>

Lago Danesi, N. (2015). Adherencia al tratamiento. *Tendencias en medicina*, 46, 99-109.

<https://scc.org.co/wp-content/uploads/2024/10/costosNoAdh.pdf>

Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>

Lea, S. H. (2021). *Healing Spaces for Therapy: The Influence of Room Design on Psychotherapeutic Processes*. [Doctoral dissertation, Monash University].
https://bridges.monash.edu/articles/thesis/Healing_Spaces_for_Therapy_The_Influence_of_Room_Design_on_Psychotherapeutic_Processes/15133881/1

Leng, G., Baillie, N., & Raj, T. (2008). NICE guidance and mental health: Supporting change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(4).
<https://doi.org/10.1348/147608308X334751>

Lima, I. B., Bernardi, F. A., Yamada, D. B., Vinci, A. L. T., Rijo, R. P. C. L., Alves, D., y Furegato, A. R. F. (2021). El uso de indicadores para la gestión de Servicios de Salud Mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409>

March Cerdà, J. C., Prieto Rodríguez, M. A., Hernán García, M., y Solas Gaspar, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: Algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13(4), 312-319.
[https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71373-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71373-7)

McHugh, R. K., & Barlow, D. H. . (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195389050.001.0001>

Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., y Buil, J. A. (1999). Concepto y modelos de calidad: Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 74, 26-33.
<https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=807>

Mira, J. J. (2003). Procesos de evaluación y mejora de la calidad de la psicología hospitalaria. En E. Remor, P. Arranz, & S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 139-160). Desclée de Brouwer.

- Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud*.
<https://www.gub.uy/salud-mentaladolescente/bibliografia/msp-plan-de-implementacion-de-prestaciones-en-salud-mental>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *1º Censo Nacional de Psicología 2014*.
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-02/1%C2%BA%20Censo%20Nacional%20de%20Psicolog%C3%ADa%202014_2.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027)*.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Informe múltiple cobertura a diciembre 2023*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20m%C3%BAltiple%20cobertura%20a%20diciembre%202023.pdf>
- Mora Romero, J. L., y Mariscal Rosado, Z. M. (2019). Correlación entre la satisfacción laboral y desempeño laboral. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 7.
<https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/1307>
- Morales Miculax, N. B. (2019). *Herramientas y estrategias utilizadas para el autocuidado por los Psicólogos Clínicos guatemaltecos que trabajan como psicoterapeutas*. [Tesis de Grado, Universidad Rafael Landívar].
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Morales-Nancy.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (25 June 2019). *Depression in children and young people: Identification and management*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- National Institute for Health and Care Excellence. (13 December 2011). *Service user experience in adult mental health services*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/OS14/history>

- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Mejora de la Calidad de la Atención en Salud Mental. Editores Médicos EDIMSA. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43722>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de agosto de 2020). *Servicios de salud de calidad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de septiembre de 2023). *Seguridad del paciente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578?locale-attribute=es>
- Organización Panamericana de la Salud. (8 de Octubre de 2020). “No hay Salud sin Salud Mental”. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Funcionamiento del sistema de salud de Uruguay*. <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay>
- Ortiz Álvarez, E., Novillo Cárdenas, M. de J., González Martínez, C. M., Jara Gauto, L. D., Álvarez, E., Santacruz Mendoza, A. C., Doncel Escobar, R. M. J., Giménez Ramírez, L., & Domínguez Salas, A. B. (2023). Autocuidado y su relación con factores sociolaborales en Psicólogos Clínicos: Un Estudio sobre Prácticas de Bienestar Profesional. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 1417-1436. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.7816
- Uruguay (2017, septiembre 19). Ley n.º 19.529: Ley de salud mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Partarrieu, A. (2018). *Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos y su relación con el perfeccionismo*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-122/25.pdf>

- Pérez, J. C., y Saralegui, D. (2023). Supervisión en una Unidad de Clínica de Adultos de un Centro de Salud Mental Universitario: Un estudio cualitativo del proceso. *Terapia Psicológica*, 41(3), 379-403. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082023000300379>
- Powell, P. A., & Rowen, D. (2022). What Matters for Evaluating the Quality of Mental Healthcare? Identifying Important Aspects in Qualitative Focus Groups with Service Users and Frontline Mental Health Professionals. *The patient*, 15(6), 669–678. <https://doi.org/10.1007/s40271-022-00580-0>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Robazzi, M., Chaves, M., Marchi, R., Almeida, L., Oliveira, I., & Pedrão, J. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100009
- Rodríguez, J., Dackiewicz, N., & Toera, D. (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1), 55-58. <https://doi.org/10.5546/aap.2014.55>
- Rodriguez, M. (2022). *Duración de las psicoterapias para población adulta en Servicios de Salud Mental*. [Tesis de Grado, Universidad de la República]. <https://sifp.psico.edu.uy/duraci%C3%B3n-de-las-psicoterapias-para-poblaci%C3%B3n-adulta-en-servicios-de-salud-mental>
- Rowen, D., Powell, P. A., Hole, A. R., Aragon, M. J., Castelli, A., & Jacobs, R. (2022). Valuing quality in mental healthcare: A discrete choice experiment eliciting preferences from mental healthcare service users, mental healthcare professionals and the general population. *Social science & medicine*, 301. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114885>
- Ruiz, E. (2019). *Relación entre empatía y burnout en profesionales de la salud de Córdoba-Colombia*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-111/129>

- Rydel, D. (2015). *Evaluación de la Satisfacción con la atención psicológica en el primer nivel de atención, basado en el autoreporte de los usuarios*. [Tesis de Maestría, Universidad de la República].
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8336/1/Rydel%2c%20Deborah.pdf>
- Sahin, S., Ario, A., Unsal, A., Kirmizigul, E., & Ozdemir, A. (2023). Assessment of Compassion Fatigue and Empathy Levels in Nurses During the COVID-19 Outbreak: Turkey's Case. *Journal of Religion and Health Journal of Religion and Health*, 62(2), 1343–1357. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01749-z>
- Salinas, J. L., y González, H. E. (2006). Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicología para América Latina*, (8).
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014
- Serrano-Villavicencio, O., Rebolledo-Yange, N., Villavicencio-Aguilar, C., & Nagua-Jiménez, L. (2024). Abordaje en casos de violencia: repercusiones en psicólogos clínicos. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 26(1), 52-73. www.doi.org/10.36390/telos261.05
- Silberman, M., Granados Cosme, J. A., Delgado Campos, I., & López Ortega, V. (2014). Calidad de la atención en salud: El modelo de Avedis Donabedian. En C. Oropeza Abúndez (Ed.), *El sistema integral de calidad en salud. Una mirada crítica* (pp. 23–34). Instituto Nacional de Salud Pública.
https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/150707_SiCalidad.pdf
- Stiles, W., Barkham, M., & Wheeler, S. (2015). Duration of psychological therapy: Relation to recovery and improvement rates in UK routine practice. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 115-122. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145565>
- 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.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22528>

- Taiwo, A., Chinyio, E., Hewson, H., & Agberotimi, S. (2023). Client and Therapists' Subjective Understanding of an Ideal Therapy Room: A Divergent Reflection of Experience. *The European Journal of Counselling Psychology*.
<https://doi.org/10.46853/001c.91127>
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1990). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós.
- Tonon, G. (2008). *Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa*. Universidad Nacional de La Matanza.
- Torres, G. (2011). *Enfoque de la ingeniería industrial para evaluar el servicio de psicología de la Universidad Nacional del Callao*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Callao]. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/443>
- Torres Samuel, M., y Vásquez Stanescu, C. L. (2018). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Revista Científica Compendium*, 18(35).
<https://revistas.uclave.org/index.php/Compendium/article/view/64>
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis Sociología
- Vilela, I. C. M. (2024). *Nivel de calidad en la cobertura de atención de los usuarios de salud mental de un establecimiento de Lambayeque*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/150202>
- Ward, A., Wood, B., & Awal, M. (2013). A naturalistic psychodynamic psychotherapy study: Evaluating outcome with a patient perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 292–314. <https://doi.org/10.1111/bjp.12034>
- World Health Organization. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. <https://iris.who.int/handle/10665/42447>
- World Health Organization. (2012). *WHO QualityRights tool kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70927/9789241548410_eng.pdf?sequence=3
- Zas Ros, B. (2018). *Supervisión y Psicología: Multiplicando reflexiones y experiencias*. ALFEPSI.

<https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2018/07/00-Supervisi%C3%B3n-y-Psicolog%C3%ADa.-Multiplicando-reflexiones-y-experiencias-BZas-coordinadora.pdf>

Zohn Muldoon, T., Gómez Gómez, E. N., y Enríquez Rosas, R. (2018). *Los estudios de caso en psicoterapia: desafíos y posibilidades*. Universidad Jesuita de Guadalajara.

https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/cip-iteso/20200713053651/pdf_1796.pdf

Anexos

Anexo A: Tablas sobre prestación de psicoterapia del PIPSM

Tabla 1

Características de la prestación de Psicoterapia modo 2

Prestación de psicoterapia modo 2		
	Niños y adolescentes	Adultos
Tipo de Atención	Individual, grupal o familiar	Individual, de pareja, familiar o grupal
Cantidad de sesiones	24 sesiones	48 sesiones
Costo de la sesión	Con copago reducido	Con copago reducido
Motivos de consulta	1. Madres deprimidas en el primer año de vida del niño. 2. Dificultades de aprendizaje. 3. Problemas situacionales y/o adaptativos: violencia, abandono, pérdida de un referente afectivo, separación de los padres, migración, entre otros. 4. Poseer intervención quirúrgica de alta complejidad.	1. IAE. 2. Docentes de enseñanza inicial, preescolar y primaria 3. Docentes de enseñanza secundaria y técnica 4. Trabajadores de la salud.

Tabla 2

Características de la prestación de Psicoterapia modo 3

Prestación de psicoterapia modo 3		
	Niños y adolescentes	Adultos
Tipo de Atención	Individual y/o grupal	Individual y/o grupal
Cantidad de sesiones	48 sesiones; renovable hasta 144 sesiones	48 sesiones; renovable hasta 144 sesiones
Costo de la sesión	Con copago reducido	Con copago reducido
Motivos de consulta	1. Dificultades de aprendizaje. 2. Situaciones de abandono, violencia sexual y/o intrafamiliar. 3. Discapacidad física, mental y trastornos del espectro autista. 4. Consumo problemático de sustancias psicoactivas 5. Trastornos disruptivos. 6. Trastornos del humor. 7. Trastornos de ansiedad.	1. Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias. 2. Usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes.

Tabla 3

Tabla sobre las orientaciones genéricas para modo 2 y 3 en NNA y adultos

Orientaciones genéricas		
Acceso a la atención psicoterapéutica	Vías de acceso a entrevista con comité	Iniciativa del usuario. Derivación desde el equipo de Salud. Derivación de los coordinadores de grupo del modo 1 y modo 2

	Plazos para acceso a comite	Una vez que se solicita la entrevista al comité, hay un plazo de 30 días para su ingreso (a partir de Enero de 2013 el plazo son 15 días) En caso de IAE, deberá ser recibido por el Comité de Recepción antes de las 48 horas. En el caso de usuarios con Consumo Problemático de Sustancias, el plazo es de 1 semana.
	Plazos para acceso a psicoterapia	Una vez que ingresa al comité hay un plazo de 30 días para ser derivado a psicoterapeuta (a partir de Enero de 2013 el plazo son 15 días) En caso de IAE (modo 2), la derivación a psicoterapia se realizará (en caso comité considere) sin previo tiempo de espera. En el caso de usuarios con Consumo Problemático de Sustancias (modo 3), el plazo es de 1 semana. En el caso de usuarios con TMSP (modo 3), los mismos deberán contar con un Médico Psiquiatra de referencia.
Orientaciones sobre los técnicos que brindan psicoterapia	Formacion de los tecnicos	El 70 % deberá ser Médico Psiquiatra, Psiquiatra Pediátrico o Licenciado en Psicología o Psicólogo. Contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años (para adultos) y 2 años (para niños y adolescentes) y con experiencia en psicoterapia. Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de Grado en Medicina o Licenciado en Psicología, o Psicólogo, o profesional de la salud, u operador terapéutico con experiencia en psicoterapia (sin formación específica completa). En todos los casos los títulos deberán estar debidamente registrados y habilitados por el MSP. En un plazo no mayor a 5 años todos los técnicos deberán tener una formación específica y documentada, relativa al campo temático en el que intervengan.
	Corriente teorica de los tecnicos	Se propiciará la diversidad teórica y técnica en los tres modos, sin perjuicio de ajustes periódicos en disposiciones futuras, que se realizarán en base a la información obtenida y estudios realizados.
	Reuniones	Se propiciará que los técnicos que conforman los equipos de trabajo, mantengan reuniones periódicas en lo atinente a las tareas.
	Coordinación con otros técnicos	Deberán realizar coordinaciones con otros técnicos que pudieran estar a cargo de la atención de los usuarios especialmente en el área de la Salud Mental.

Orientaciones sobre el Comité de recepción	Formación sobre los técnicos del comité	Tendrá una integración interdisciplinaria trabajando en equipo - Uno de sus miembros deberá ser Médico Psiquiatra - Otro ser Licenciado en Psicología o Psicólogo - Otro podrá ser Licenciado en Trabajo Social Todos sus integrantes deberán tener una formación psicoterapéutica documentada (posgrado o similar) y sólida experiencia clínica en el trabajo con la población correspondiente
	Actividades	- Indicar la prestación del modo que considere pertinente. - Realizar la derivación a equipo de Salud Mental, Psiquiatra, Licenciado en Trabajo Social u otro técnico - Derivar a otras formas de tratamientos especializados en niños - Evaluar y resolver el reingreso o la renovación de la prestación en los casos correspondientes - Generar instancias de intercambio, seguimiento y otras vinculadas a la tarea
	Lugar y día de atención	Funcionarán en lugares y días fijos (en algún caso justificado en el domicilio del paciente)
	Duración de la sesión	Tendrán una duración no inferior a los 40 minutos para los abordajes individuales
	Frecuencia	Funcionaran con una frecuencia mínima semanal
	Horario de atención	Abarcaran un amplio espectro horario comprendiendo fundamentalmente tanto el turno matutino como el vespertino
	Contratación de los técnicos	Cada institución podrá brindar las prestaciones de los tres modos utilizando una o más de las siguientes formas: a) Con recursos propios. b) Complementándose con otros prestadores. c) Contratando técnicos en forma individual o equipos técnicos públicos o privados que cumplan con los requisitos.
Orientaciones sobre los abordajes psicoterapéuticos	Registros e información	Cada institución: - Llevará registro de los usuarios que participan en los tres modos para las diferentes franjas etarias y de las actividades de los Comités de Recepción. - Seguirá los mecanismos pertinentes de documentación en Historias Clínicas consignándose por parte de los técnicos involucrados, las diferentes instancias de la prestación. - Enviará la información que se le solicite por parte del organismo rector a los efectos de realizar la evaluación permanente de esta prestación.

Anexo B: Afiche para la Convocatoria a Psicólogos

CONVOCATORIA A PSICOTERAPEUTAS

Para participar de forma voluntaria en el proyecto "Percepción de los profesionales sobre la calidad de la atención psicoterapéutica del SNIS en Uruguay" de la Maestría en Psicología Clínica, UdelAR, financiado por la ANII.

REQUISITOS

- Ser Licenciado/a en Psicología
- Brinden o hayan brindado psicoterapia bajo la normativa del PIPSM en la ciudad de Montevideo
- Al menos 6 meses brindando atención para el SNIS

IMPLICA:

- Una entrevista semi-estructurada de 1 hora
- Presencial u online
- Categorías en las que se profundizarán: infraestructura, horas de atención, duración de las sesiones, acceso a test psicológicos y guías clínicas de atención, supervisión, formación, trabajo interdisciplinario, entre otras.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

Investigar la **percepción** que tienen los psicólogos que brindan **atención psicoterapéutica** acerca de la **calidad de la atención** de los abordajes psicoterapéuticos en el marco del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el **Sistema Nacional Integrado de Salud**.

PARA PARTICIPAR COMUNICARSE
AL: 098 06 53 82



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

ANII
AGENCIA NACIONAL
DE INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN

Anexo C: Pauta de Entrevista

Datos sociodemográficos:

1. Nombre
2. Edad
3. Lugar de formación de grado
4. ¿Posees alguna formación de posgrado vinculada con la atención psicoterapéutica?
5. ¿Para qué tipo de servicio de salud trabajas?
6. Antigüedad en el puesto de trabajo

Primera parte: Se indaga sobre cómo es la práctica de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia modo 2 y 3. Se explora la percepción de los psicólogos sobre aspectos de la estructura y el proceso de la calidad de la atención de las prestaciones de psicoterapia.

1. Infraestructura

- ¿En qué lugar físico atiendes a tus pacientes?
- ¿Cuál es tu percepción y/o valoración sobre la infraestructura y la condición del mobiliario y equipamiento para la atención de la psicoterapia?

2. Horas de atención semanal

- ¿Cuántas horas semanales dedicas a la práctica clínica directa con los pacientes?
- ¿Hay algún límite o demanda establecida por la institución en cuanto al número de pacientes que debes atender semanalmente?
- ¿Cuál es tu percepción y/o valoración acerca de la cantidad de pacientes que atiendes por día y/o semana?

3. Duración de la sesión

- ¿Cuál es la duración de las sesiones que establece la institución para la que trabajas?
- ¿Este tiempo que está establecido coincide con el real en tu práctica clínica?
Cuéntame tu percepción al respecto.

- ¿Cuál es tu percepción y/o valoración acerca de esta duración de las sesiones?

4. Costo de las sesiones

- ¿Sabes entre qué rangos de costos abonan los pacientes por cada sesión para acceder al servicio de psicoterapia?
- ¿Cuál es tu percepción y/o valoración acerca del costo de las sesiones?

5. Recursos: acceso a test, evaluaciones y escalas

- En tu lugar de trabajo ¿cuentas con el acceso a tests, cuestionarios, escalas o inventarios para la evaluación de la inteligencia, personalidad, psicopatología, entre otras herramientas clínicas?
- ¿Cuál es tu percepción y/o valoración sobre el acceso a estos recursos que hay en tu lugar de trabajo para la práctica de la psicoterapia?

6. Acceso a guías de tratamiento y protocolos

- ¿Cuentas con el acceso a guías y protocolos para planificar y/o orientar la atención psicoterapéutica de los casos que atiendes?

7. Supervisión clínica

- Dentro de tu lugar de trabajo ¿Recibes supervisión clínica de forma regular? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y cómo se lleva a cabo?
- ¿Cuál es tu percepción al respecto de la existencia o no de la supervisión clínica de los casos que atiendes?

8. Formación continua

- ¿La institución en la que trabajas promueve programas de educación continúa relacionados a la psicoterapia?
- En caso afirmativo, ¿Cómo lo realiza? ¿Cómo percibes que se maneja esto en tu lugar de trabajo?

9. Derivación de pacientes y aspectos administrativos

- ¿Cuéntame cómo te llegan derivados los pacientes? ¿Cómo realizas el primer contacto?
- ¿Conoces si la institución para la que trabajas utiliza algún criterio para derivarte a ti los pacientes?

10. Acceso a historia clínica

- ¿Tienes acceso a la historia clínica del paciente? En caso afirmativo ¿percibes que esto contribuye al proceso psicoterapéutico?
- En caso de que no tengas acceso a la historia clínica del paciente, ¿crees que su acceso te sería beneficioso para el proceso psicoterapéutico?

11. Trabajo en equipo, interdisciplinar y comunicación

- ¿Tienes acceso a la comunicación interdisciplinaria con otros profesionales que se encuentren trabajando con el paciente?
- En tu experiencia, ¿has realizado un trabajo en conjunto con otro profesional que se encuentre atendiendo al paciente? ¿Cómo ha sido el proceso?

12. Informes

- ¿Realizas informes respecto al proceso psicoterapéutico del paciente? Cuéntame la periodicidad con la que te los piden y si tienes algún formato en particular para hacerlo

Segunda parte: Se indaga sobre los desafíos y fortalezas que perciben los psicólogos sobre las prestaciones de psicoterapia

- ¿Cuáles han sido los mayores desafíos (barreras, dificultades) con los cuales te has encontrado?
- ¿Cuáles han sido grandes facilitadores o fortalezas de estas prestaciones?

Anexo D: Consentimiento Informado



Consentimiento Informado online

Yo __ (nombre completo del participante) __ acepto participar en la investigación “Percepción de los profesionales sobre la calidad de la atención psicoterapéutica del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay”, a cargo de la Licenciada en Psicología Aldana Tasende Silvera, en el marco institucional de la Facultad de Psicología, Universidad de la República. Como participante, realizará una entrevista semiestructurada con la investigadora, con una duración de una hora, la cual será grabada por audio.

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.
- Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo y habilito el presente, en la fecha _____ y localidad Montevideo.

Yo la investigadora Aldana Tasende Silvera asiente el presente consentimiento.

Anexo E: Hoja de Información

Título de la investigación: Percepción de los profesionales sobre la calidad de la atención psicoterapéutica del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay

Institución: Facultad de Psicología, Universidad de la República. Dr. Tristán Narvaja 1674

Centro: Instituto de Psicología Clínica

Fuente de financiación: Agencia Nacional de Investigación e innovación

Número de expediente del Comité de Ética de Investigación: 191175-000015-23

Datos de contacto del/de la investigador/a responsable: Aldana Tasende Silvera

Teléfono de contacto: 098065382 **Email:** tasendealdana@gmail.com

La presente investigación tiene como objetivo contribuir en la producción de conocimientos sobre la implementación del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud, a partir de la descripción de la práctica de los psicólogos en los abordajes psicoterapéuticos y de la exploración de sus perspectivas sobre la calidad de la atención. Si aceptas participar en la investigación, se te realizará una entrevista de carácter semi estructurada, de aproximadamente una hora, la cual será grabada por audio.

Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a las entrevistas, y en ningún caso se divulgará información que permita la identificación de los participantes.

Tu participación no tendrá beneficios directos para ti, aunque contribuirá a la comprensión científica de la calidad de la atención de los abordajes psicoterapéuticos del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud.

Este tipo de estudios no presenta potenciales riesgos, incomodidades o molestias para los participantes. En caso de que esto ocurra, la investigadora se compromete a coordinar con los servicios de atención de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puede abandonar la misma cuando lo desee, sin necesidad de dar explicación alguna.

Si existe algún tipo de dudas sobre cualquiera de las preguntas o sobre cuestiones generales acerca del cuestionario y/o la investigación, puede consultar directamente al/a la investigador/a responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al mail que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre investigador/a responsable

Firma

Fecha