



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 14 / N° 113 / mayo 2019
ISSN 0718-9745

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

**Propuesta para una psicoterapia
efectiva en atención primaria:
un modelo basado en la experiencia
y la evidencia empírica**

Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica

GUILLERMO DE LA PARRA

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina UC

PAULA ERRÁZURIZ

Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales UC

ELYNA GÓMEZ-BARRIS

ANA KARINA ZÚÑIGA

Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina UC

Introducción¹

La Salud Mental (SM) en Chile presenta importantes carencias y ha representado un gran desafío para el Estado chileno en las últimas décadas. El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (PNSM), siguiendo la línea de planes anteriores, intenta hacerse cargo de este desafío, asumiendo una comprometida orientación comunitaria, en línea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ministerio de Salud de Chile [Minsal], 2017c; OMS, 2013). Sin embargo, existe un número importante de usuarios para los cuales las medidas de prevención o intervención comunitaria colectiva no son suficientes y desarrollan un trastorno de salud mental. Es por ello que se convierten en pacientes que acuden a ser atendidos, con la expectativa de recibir un tratamiento individual personalizado y resolutivo con un profesional de la salud mental, en algún centro de Atención Primaria de Salud (APS).

Los profesionales más frecuentes en salud mental a nivel de la APS son psicólogos, quienes tienen el mandato, de acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2017-2025, de ser resolutivos, es decir, llevar adelante intervenciones que permitan dar de alta a los pacientes, evitando su cronificación. Estos profesionales, sin em-

bargo, no cuentan con las condiciones de trabajo, contexto e incentivos adecuados para lograr responder a la demanda de resolutividad. Además, han recibido formaciones dispares y no siempre cuentan con las competencias necesarias para afrontar las complejas y variadas demandas del abordaje terapéutico propio de este nivel de atención (Bedregal, 2017).

El objetivo del presente trabajo es desarrollar la tesis de que una prestación como la psicoterapia, entendida como proceso interpersonal que pone en marcha cambios y alivio en el consultante, puede contribuir de forma significativa a lograr tratamientos resolutivos, siempre que se cumpla con las condiciones de entregar competencias suficientes a los psicólogos y se disponga, asimismo, de las condiciones contextuales mínimas e incentivos correctos. Se propone, al respecto, un modelo de competencias en psicoterapia que resulta sencillo y al alcance de profesionales de salud mental en el contexto de la APS.

En la Sección I, se describen las carencias en el estado de la salud mental en Chile, las políticas en el área para afrontarlas y cómo se aterrizan a nivel de la APS. Se describe cómo han abordado el tema otros países lati-

¹ Nuestro agradecimiento al Centro de Políticas Públicas UC, a Natalia Dembowski por sus importantes comentarios al presente trabajo, a Stephanie Vaccarezza por su labor de apoyo y al patrocinio del Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).

noamericanos y europeos y, luego, el perfil de los profesionales que trabajan a este nivel. En la Sección II, se aborda una definición y después un modelo de psicoterapia basado en una mirada científica, las competencias necesarias para un abordaje en la APS, con especial énfasis en expectativas de usuarios y experiencia de los psicólogos. En la Sección III, se resume la propuesta de implementación de psicoterapia en la APS, destacándose que el despliegue del modelo se puede dar si y solo si se cumple con las condiciones de contexto de trabajo del profesional: reconocimiento de la prestación “psicoterapia” en la APS y que cuente con financiamiento, incentivos adecuados, frecuencia de citas, duración de la atención, duración del tratamiento y continuidad con el mismo profesional. Finalmente, se presentan las conclusiones.

Este artículo está dirigido a profesionales vinculados al trabajo en el área de la salud mental en instituciones (especialmente públicas) y a la formación de psicólogos, así como a actores de diversos niveles de toma de decisión en salud mental de nuestro país.

Como reconoce el propio PNSM 2017-2025 (Minsal, 2017c), existe poca información sobre procesos de terapia psicológica a nivel de atención primaria. Por esta razón, en este artículo se complementa la información científica con aquella derivada de testimonios de autoridades, expertos, profesionales y usuarios, así como investigación periodística.

SECCIÓN I: La salud mental y su manejo como política de Estado

1. Salud mental en Chile

Chile es un país con un elevado índice de enfermedades mentales, lo cual tiene costos directos e indirectos que repercuten de forma negativa en los individuos que las padecen, sus familias y la sociedad en su conjunto, por ejemplo, incrementando los costos y usos de los servicios generales de salud. Los estudios epidemiológicos revelan que aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años ha presentado un trastorno mental durante su vida, mientras que un 22,2% ha sufrido uno durante el año pasado (Vicente, Saldivia y Pihán, 2016). Las prevalencias de trastornos ansiosos, depresivos, abuso y dependencia de sustancias son altas, así como las tasas de suicidio. La reciente Encuesta Nacional de Salud (Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Minsal, 2017a) muestra

una prevalencia de la depresión de 6,2% y la presencia de síntomas depresivos en 15,8% de la población, con mayor prevalencia entre mujeres y en sectores de menores ingresos (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Además, Chile está entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con mayores índices de suicidio, ubicándose en el lugar 13, con una tasa de suicidio de 13,3 por cada 100.000 habitantes (OCDE, 2013). Por otro lado, mientras que las tasas de suicidio han evidenciado una disminución en promedio del 20% entre los países miembros de la OCDE desde 1990, Chile se ubica en el segundo lugar, después de Corea del Sur, en el aumento de las tasas de suicidio, con un crecimiento del 90% entre 1990 y 2011 (OCDE, 2014).

La presencia a largo plazo de trastornos mentales se ha relacionado con una considerable disminución en la calidad de vida, problemas de salud física y una alta tasa de mortalidad prematura (Minsal, 2011; Vicente et al, 2002). Por ejemplo, la depresión y esquizofrenia aumentan entre 40 y 60% la probabilidad de sufrir una muerte prematura por suicidio o problemas de salud física, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes o infección por VIH (OMS, 2013). Las condiciones neuropsiquiátricas son el subgrupo de enfermedades que más años de vida saludables perdidos por vivir con discapacidad (AVISA²) concentra, abarcando 23,2% en la población chilena (Minsal, 2007). El trastorno depresivo unipolar es la segunda causa de AVISA y la primera en la población femenina entre 20 y 44 años (Minsal, 2007). El PNSM 2017-2025 detalla que, desde el año 2008, las licencias médicas por enfermedad mental ocupan el primer puesto entre las razones de licencias otorgadas y, tanto en el sistema público como privado de seguros de salud, implican más del 20% del costo total de licencias médicas (Minsal, 2017c).

Dada su complejidad, los problemas de salud mental deben abordarse con diversos tipos de intervenciones. Muchas de las patologías psiquiátricas mencionadas, así como otros motivos de consulta que no cristalizan en patología (por ejemplo, “dificultades de pareja”) tienen como principal indicación, o como indicación complementaria a los fármacos, la psicoterapia (Lambert, 2013a). Luego de una extensa revisión de la literatura sobre la efectividad de la psicoterapia, Hunsley, Elliott y Therrien (2013) concluyen que existe amplia evidencia que demuestra que la psicoterapia es un tratamiento efi-

2 AVISA: años de vida ajustados por discapacidad.

caz para una extensa gama de trastornos psiquiátricos. Esta conclusión se aplica a lo largo del ciclo vital y se basa en muchos cientos de estudios, incluidos ensayos randomizados controlados. Por ejemplo, las investigaciones que comparan los efectos de la psicoterapia con farmacoterapia para adultos deprimidos demuestran que la psicoterapia tiene tan buenos resultados como la farmacoterapia. Sin embargo, la psicoterapia muestra resultados superiores en el seguimiento y produce tasas de recaída más bajas que la farmacoterapia (Cuijpers et al, 2011).

2. Estrategias de salud mental en Chile y atención psicológica

Las estrategias en salud mental en Chile se han organizado, desde 1993, a partir de tres Planes Nacionales de Salud Mental (Minsal, 1993; 2000; 2017c), con un progresivo énfasis comunitario y familiar. El recientemente publicado Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (Minsal, 2017c) plantea múltiples propuestas sobre el financiamiento y enfermedades prioritarias, a través de un modelo comunitario y familiar en el tratamiento y prevención de enfermedades mentales. Complementariamente, en 2011, el Gobierno de Chile presentó la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, conocida como “Elige Vivir Sano”, donde se proponen 50 objetivos de salud, de los cuales cuatro refieren directamente a metas de salud mental: i) disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental; ii) reducir el consumo y riesgo asociado al alcohol; iii) disminuir el consumo de drogas ilícitas; y iv) disminuir la mortalidad adolescente asociada a suicidios (Minsal, 2011). La estrategia intenta seguir el ejemplo de países como Inglaterra y Australia que han posicionado la temática de salud mental como una prioridad de política pública (Australia Department of Human Services, 2009; England Department of Health and Social Care, 2011).

En el segundo Plan Nacional de Salud Mental (Minsal, 2000) se incorporó, como uno de los ejes principales, la atención de problemas y trastornos mentales en atención primaria, así como el aumento de la capacidad resolutoria de esta. Luego, el nuevo Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2017-2025, coherente con el plan anterior del año 2000 y con lo que propone la OMS, pone un énfasis exclusivo en los modelos comunitarios y familiares en salud mental, tanto en lo que se le va a ofrecer a los usuarios desde la promoción-prevención-tratamiento y rehabilitación, como en las necesidades de capacitación en este ámbito de los profesionales (Minsal, 2017c).

Se ha demostrado ya largamente el rol protector para la salud en general y la salud mental en particular que tienen los vínculos, las relaciones sociales y la comunidad (House, Landise y Umberson, 1988); a la vez que años de investigación de la diada madre-niño han demostrado cómo la mente y el cerebro humano se desarrollan a partir de una matriz relacional, es decir “la relación crea a la persona” y le da sus recursos interpersonales (Fonagy et al, 2007; Schore, 2001). De este modo es claro que el modelo comunitario es adecuado para el abordaje en salud al conceptualizar al usuario dentro de su comunidad incluyendo los contextos socioeconómicos y de derechos humanos y fortalecer los recursos de la persona dentro de su medio interpersonal inmediato. Sin embargo, cuando las medidas de promoción y prevención comunitaria no son suficientes, el usuario requiere una ayuda más específica a su patología mental o motivo de consulta y la busca frecuentemente en un profesional psicólogo en atención primaria. Ese profesional se enfrenta dentro de su box con el desafío de cómo ayudar a ese paciente: lo que psicólogo y consultante deberían llevar adelante en la privacidad del box es un proceso de psicoterapia y para que este sea efectivo se requiere la creación de una relación entre el usuario y su tratante (lo que implica una frecuencia de sesiones y duración del tratamiento).

A nivel de APS, el documento *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2019* (Minsal, 2019) incluye, entre otras, la “consulta de salud mental” (tratamiento individual), la “intervención psicosocial” (tratamiento grupal) y la “visita domiciliaria integral” (tratamiento individual) como prestaciones de salud mental en que participan psicólogos. Por otra parte, la psicoterapia está incluida como intervención en las *Guías Clínicas para la Depresión* (Minsal, 2013) no solo al plantear la “intervención psicosocial grupal” para la depresión moderada, sino directamente la “psicoterapia” para el manejo de la depresión grave. El Minsal (2017b), además, recomienda que en el tratamiento de los episodios depresivos de pacientes con cuadros leves, moderados o graves de curso no crónico, esta se realice en el nivel primario de atención (Minsal, 2013, 2017b). La *Actualización en Psicoterapia* de la Guía Clínica para la Depresión (Minsal, 2017b) incluye la psicoterapia con una frecuencia mínima de una vez por semana y una duración de doce sesiones.

Sin embargo, según las *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2019* ya mencionada, la “psicoterapia individual” es una actividad que corresponde

a los Centros de Salud Mental Comunitaria y Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en hospitales, no en APS, lo que resulta una evidente contradicción dadas las exigencias resolutorias a este nivel y la responsabilidad de tratar la depresión. Así, si bien los psicólogos en atención primaria tienen finalmente como tarea proveer de atención psicoterapéutica, como en el ejemplo de la depresión recién expuesto, no cuentan con las condiciones necesarias para hacerlo de manera efectiva, como veremos en detalle más adelante.

3. Intervenciones psicológicas en salud pública en otros países

Quisimos tomar dos casos ejemplares europeos y uno latinoamericano que dan cuenta de programas que parecen estar más adelante que nosotros en el área de las intervenciones psicológicas en salud pública.

Siguiendo las recomendaciones del plan quinquenal de salud mental del Reino Unido, en 2008, el programa de “Mejoramiento del acceso a terapias psicológicas para adultos” integró las “Terapias en Salud Mental” a la atención primaria de ese país con el fin de ofrecer tratamiento psicológico para depresión y trastorno de ansiedad logrando atender a 900.000 usuarios cada año (England National Health System [NHS England], s.f.a). Resultados preliminares sobre 446 pacientes muestran un fuerte impacto en la disminución de las hospitalizaciones por causas médicas (caída en 63%) y consultas por diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias (caída en 73%) (NHS England, s.f.b).

En el caso de Alemania, las guías clínicas para la depresión plantean como tratamiento para la depresión moderada la psicoterapia o la farmacoterapia, y para la depresión grave farmacoterapia y psicoterapia (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2015). En Alemania, los seguros de salud públicos y privados financian psicoterapias de alta frecuencia y de larga duración, debido a que en dos grandes estudios multicéntricos se pudo demostrar el ahorro en salud que significa para dichos seguros el invertir en salud mental (Beutel et al, 2004; Dührssen y Jorswieck, 1965).

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud de la República del Uruguay, implementado en 2011, propone que “la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud” (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2011, p.8), ofreciendo la psicoterapia grupal, individual

y de pareja-familia como una prestación progresiva, dependiendo del nivel de complejidad del motivo de consulta (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2011).

4. La atención primaria de salud

La APS es la puerta de entrada al sistema nacional de salud de un individuo, familia o comunidad y debe estar en los territorios en donde habitan las personas. En términos generales, está orientada a prestar los servicios de prevención y tratamiento. La APS tiene la característica de que los servicios otorgados deben estar centrados en la persona, garantizando la integralidad y la continuidad de la asistencia, con un acceso sistemático al sistema de salud de modo que los usuarios y quienes los atienden, puedan tener una relación duradera basada en la confianza. Esto requiere un cambio desde la atención especializada a la atención generalista y ambulatoria, que asista a su población y con capacidad para coordinarse y apoyar los servicios especializados de otros nodos de la red de salud, por ejemplo, hospitales cerrados o centros comunitarios (OMS, 2008).

En Chile, la APS está compuesta por diversos centros, y la cantidad de atenciones por centro puede variar entre 2.000 a 30.000 personas (Minsal, 2018b). Los centros de APS reciben las necesidades de atención en salud mental de la población dependiendo del cuidado que se requiera. Hasta el año 2017 había 2.046 establecimientos de APS que contaban con el Programa Nacional de Salud Mental, distribuidos en 584 Centros de Salud Familiar (Cesfam), 227 Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf), 1.165 Postas de Salud Rural y 70 hospitales comunitarios (Minsal, 2018b). Para una descripción detallada de las características de estos centros, véase Tabla 1.

Tabla 1. **Descripción de los Centros que componen el Nivel de Atención Primaria**

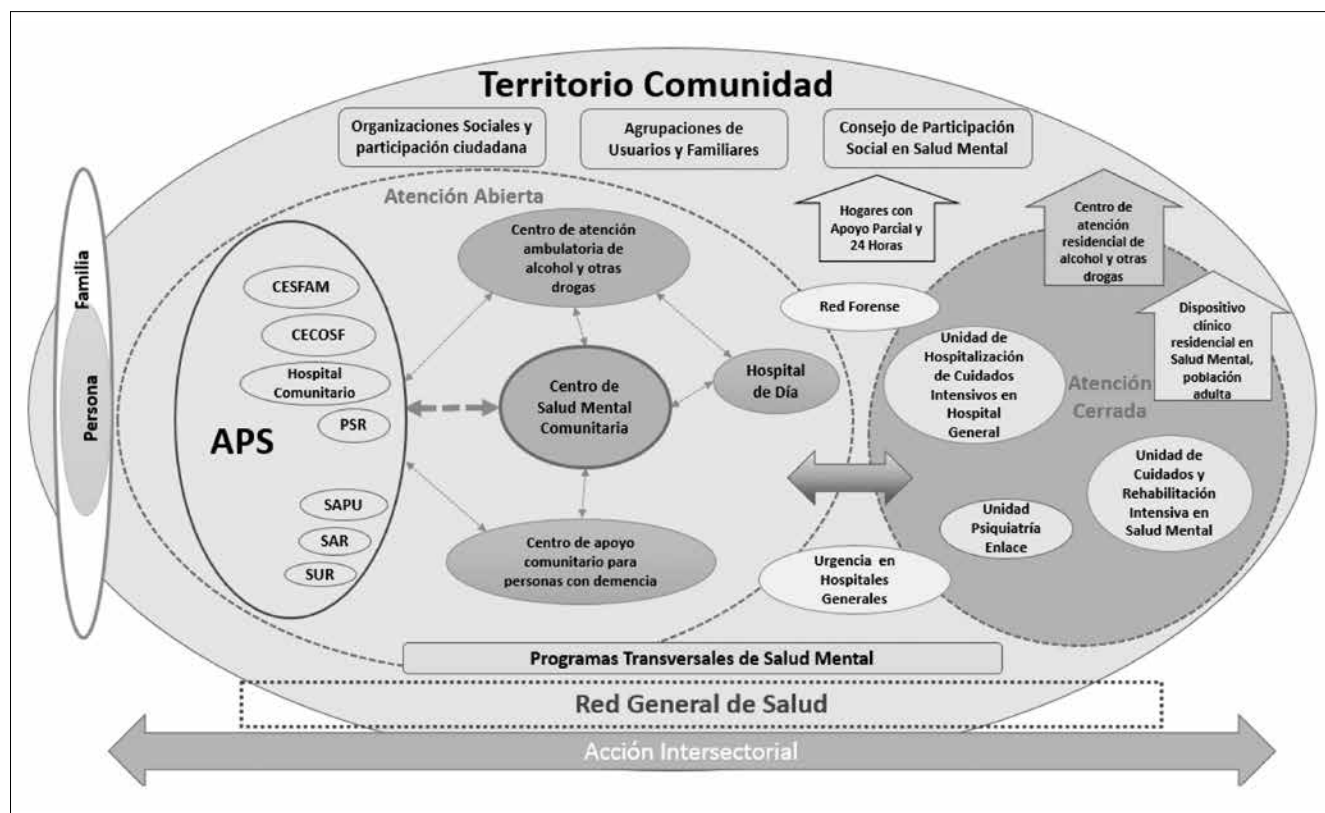
Centros de Salud Familiar (Cesfam)	Son centros de atención ambulatoria, que tienen un mayor énfasis en la promoción y prevención de salud, tratamiento integral, atención domiciliaria y rehabilitación psicosocial. Utiliza el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, teniendo un foco especial en la atención integral de la familia y en la participación de la comunidad. Provee de un equipo de salud de cabecera que está capacitado para atender a personas que se encuentren en las distintas etapas del ciclo vital. Si bien otorga cuidados básicos en salud, estos son de alta complejidad sociocultural, considerando las necesidades específicas de pueblos indígenas y grupos más vulnerables como por ejemplo niños/as, adultos mayores, personas con vulneración de derechos, inmigrantes y minorías sexuales.
Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cescof)	Estos centros están capacitados para otorgar servicios básicos de salud y dependen de algún Cesfam. Uno de los objetivos de estos centros es mantener la salud de la población y acercar aún más la atención a la comunidad, contribuyendo a resolver más oportunamente la demanda. Se encarga del programa de acompañamiento psicosocial de la APS, Programa de Demencia, y otras estrategias con población migrante e intercultural. Actúa en base a una coordinación estrecha entre la comunidad y el centro, está conformado por miembros de la comunidad que perciben ingresos por sus labores comunitarias. Son los gestores comunitarios de salud mental.
Hospital de la Familia y Comunidad	Los hospitales comunitarios cumplen diversas funciones, entre ellas, otorgar cuidados de salud y enfermedad individual y familiar, atendiendo a personas que se encuentren en distintas etapas del ciclo vital y que pertenezcan a su población territorial, ofrece atención ambulatoria, de urgencias, atención domiciliaria, atención cerrada y trabajo con la comunidad.
Postas de Salud Rural (PSR)	Son establecimientos que se encuentran en zonas rurales y se encargan de realizar fomento, protección, prevención de la salud, y realizar trabajos comunitarios, junto con atender las demandas de salud de las personas que habitan en estas zonas. Los problemas de salud y urgencias que no pueden ser resueltas en este nivel se derivan a otros establecimientos de la red de salud, poseen un técnico paramédico residente que se encuentra disponible en cualquier horario y contacto radial con el centro de referencia.
Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU)	Es el primer nivel de atención de urgencias, se encarga de responder a consultas de baja complejidad, atiende en horarios diurno y vespertino y no hábiles. En general se encuentra adosado o es dependiente de algún Cesfam, si las personas requieren una atención de urgencias de mayor complejidad, estos deben realizar la derivación correspondiente a otros centros de urgencias.
Servicio de Atención Primaria de Urgencia de alta Resolutividad (SAR)	Es el centro de referencia de los SAPU comunales, y se ubican en zonas de alta densidad poblacional. Cumplen con el objetivo de responder a urgencias más complejas de personas de todas las edades y recibe urgencias de salud mental. Entrega atención oportuna, de calidad y resolutive, complementando la atención otorgada en los Cesfam. Atiende en horario no hábil. Su objetivo es evitar que los usuarios acudan a los centros hospitalarios. Si la necesidad de cuidados en salud mental de las personas sobrepasa su nivel de resolutividad, deben de todas formas darles acogida, contenerlos, y derivarlos en las mejores condiciones posibles a un Servicio de Urgencia de mayor complejidad.
Servicios de urgencias de Salud Rural (SUR)	Estos servicios se encuentran en los Consultorios Generales Rurales, en comunas en donde no hay hospitales de baja complejidad. Tiene el objetivo de resolver los problemas de grupos de personas o individuos con todo tipo de urgencias, y que su acceso a centros de mejor resolutividad se encuentra limitados por las condiciones territoriales de distancia o dispersión de la población.

Fuente: Minsal, 2018b; disponible en: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php.

Los usuarios acuden espontáneamente o son referidos a la APS cuando requieren de una atención integral, permanente y con equipos de cabecera de salud. Cuando los servicios clínicos no pueden responder a las necesidades de mejoría del estado de salud del usuario o se requiere de una atención médica más especializada, el paciente es referido a un centro de mayor complejidad

asistencial o tecnológica (nivel secundario o terciario). Cuando el usuario está estabilizado es contra-referido a la atención primaria con indicaciones de cuidado o tratamiento. Para ilustrar cómo se articula la APS y los nodos de referencia/contrarreferencia con otros centros de la red de salud, véase la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de la Red Temática Salud Mental en la Red General de Salud



Fuente: Minsal, 2018a.

4.1 Prestaciones psicosociales en atención primaria: datos y testimonios

En Chile existe bastante variabilidad en los servicios de salud mental que ofrecen los 29 servicios de salud y los 350 municipios, y mucha de la información relevante no se encuentra centralizada. Dentro de los nudos críticos identificados por el Minsal (2017c), destaca que en la atención primaria solo se lleva un registro de ingresos, egresos y población en control, sin monitoreo sobre el tipo de intervenciones que reciben los pacientes ni la frecuencia de estas atenciones. Así, resulta difícil caracterizar la oferta de intervenciones en salud mental en general, y más aún de las intervenciones psicosociales

y, específicamente, la psicoterapia, la que, si se realiza, no se encuentra individualizada. A pesar de esta falta de información, es posible tener una referencia de ciertos aspectos de la oferta de atención psicoterapéutica en este nivel de atención a partir de testimonios y comunicaciones personales con profesionales del sector.

Frecuencia de las sesiones y duración del tratamiento: en nuestro país, la práctica privada de psicoterapia suele tener una frecuencia semanal. Igualmente, en guías clínicas del Minsal (2017b) se recomienda psicoterapia de frecuencia semanal para el tratamiento de ciertos trastornos, por ejemplo, depresión. Esto coincide con la frecuencia de sesiones de la investigación internacional

(como Erikson, Lambert y Eggett, 2015). Sin embargo, en el servicio público a nivel primario los pacientes deben esperar muchísimo más entre cada sesión. En entrevistas en profundidad realizadas a psicólogos del sector público en Chile, Fischer et al (2019) reportaron que una de las razones que daban los terapeutas para ofrecer tratamientos inadecuados era la baja frecuencia de sesiones, con un promedio de una vez al mes. Según una fuente del Minsal experta en el tema (comunicación personal, 14 de junio de 2018), en Chile la espera es de alrededor de dos meses entre sesiones debido a que la agenda se maneja con un foco en el profesional (la próxima hora disponible de ese profesional) y no en el paciente. Un sistema de agendamiento centrado en el paciente y en su proceso, por el contrario, libera horas cuando se da un alta y prioriza a los pacientes agudos, y así asegura horas para un “proceso”. Otro obstaculizador para la frecuencia necesaria en psicoterapia y que incide en la gestión de agenda se relaciona con los incentivos por cumplimiento de metas, los cuales son asociados a los ingresos de pacientes (¿cuántos pacientes nuevos vio ese profesional?: cobertura) y no a las altas (¿cuántos procesos terminó?: calidad). El modelo de atención de los servicios públicos de salud mental aún no fomenta incentivos para la atención de calidad, y se orienta al cumplimiento de metas de cobertura (Minoletti y Zaccaria, 2005; Minsal, 2017c); así como no incorpora incentivos acordes a las demandas adicionales de un trabajo comunitario y con personas en situación de crisis (Minsal, 2017c).

Alberto Minoletti, jefe de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en entrevista con Planella y Martínez (2018) afirma que los Cefam ofrecen entre tres y cinco sesiones promedio por paciente al año. Según este experto en salud pública, la evidencia internacional demuestra que el promedio debería ser entre ocho y 12 sesiones al año, con duración de 45 minutos, una vez a la semana. El Minsal (2017b) por su parte, recomienda hasta 12 sesiones para los pacientes con depresión grave (debido a que el impacto de cada sesión posterior parece tener un efecto pequeño) y plantea que es probable que los pacientes quieran asistir a más de ocho sesiones. Sin embargo, Planella y Martínez (2018) reportaron que en los Cefam cada paciente recibe, en promedio, solo una sesión de terapia y media al año, lo que es aún menos auspicioso que las fuentes citadas previamente. El Minsal reconoce a su vez que el número de prestaciones totales (médicas, psicológicas y otras) que reciben los usuarios con problemas mentales son de 4,2 por año (Minsal, 2017c). Como

se puede apreciar, aún cuando la información disponible sobre el número de prestaciones de salud mental al año que reciben los pacientes es dispar, es claro que es muy inferior a las ocho a 12 sesiones de psicoterapia recomendadas.

La reciente actualización de la guía de depresión del Minsal (2017b) sugiere realizar psicoterapia de frecuencia semanal en lugar de sesiones irregulares, ya que la evidencia científica internacional demuestra que una mayor frecuencia de sesiones permite una mejoría más pronta (Erikson, Lambert y Eggett, 2015), y una mayor frecuencia de sesiones contribuye significativamente a la reducción de los puntajes en escalas estandarizadas de síntomas depresivos (Cuijpers et al, 2013). A su vez, el Minsal (2017b) plantea que una mayor frecuencia de sesiones de psicoterapia permitiría dar altas clínicas y con ello liberar la agenda de los profesionales. El costo de aumentar las sesiones sería la necesidad de mayores recursos humanos e infraestructura. Sin embargo, el Minsal (2017b) estima que los beneficios de este cambio superarían los potenciales costos.

Duración de las sesiones: según Planella y Martínez (2018), el promedio de tiempo de sesiones con psicólogo en la atención primaria en Chile es de 20 minutos, mientras que Fischer et al (2019) reportaron 30 a 40 minutos por sesión, duración que se vería reducida por el tiempo destinado para escribir notas de progreso en la ficha. Si bien no existe evidencia empírica sobre la duración óptima de una sesión de psicoterapia, las investigaciones sobre tratamientos de psicoterapia que demuestran ser eficaces reportan sesiones de 45 o 50 minutos (como Bruijnicks et al, 2015).

Continuidad con el mismo profesional: en psicoterapia en APS en Chile es difícil conseguir una continuidad con el tratamiento debido a diversos factores: alta rotación de profesionales (Profesional del Minsal, comunicación personal 14 de junio 2018); como decíamos, se prioriza incrementar la cobertura dando más horas de atención a ingresos que a los pacientes que ya han recibido una atención. En algunos casos desde el mismo SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico, puerta de entrada a los servicios de salud) no se dan horas a los pacientes con los mismos psicólogos/as que se han atendido previamente (Zúñiga, 2018). Lo anterior no hace posible llevar a cabo un proceso de psicoterapia efectivo, ya que un requisito para que ello ocurra es que exista una relación de confianza entre terapeuta y paciente a través del tiempo, de tal modo de dar la oportunidad de una relación reparadora (Gunderson, 2014).

Listas de espera: el Minsal (2018b) también reconoce como un nudo crítico la existencia de listas de espera sin resolución oportuna. Según Planella y Martínez (2018), en los Cesfam el tiempo de espera para primera atención con un psicólogo llega a los 48 días. No existen registros oficiales de los tiempos de espera para profesionales no médicos en nuestro país. En nuestra experiencia (De la Parra et al, 2018) la implementación de modelos breves en psicoterapia (ocho a 12 sesiones) permitió disminuir de manera drástica las listas de espera en un centro de salud mental en Macul; estos modelos breves son los que se proponen más adelante.

Baja resolutiveidad: el Minsal (2018b) reconoce como nudo crítico la baja resolutiveidad en la APS, la cual produce bajos egresos y acumulación de pacientes bajo control. A esto se suma un alto número de ingresos de nuevos pacientes lo que multiplica los controles con baja frecuencia, lo que es poco efectivo para la continuidad de la atención. Este problema tiene relación con la prioridad dada a la cobertura y los incentivos correspondientes, mencionados anteriormente. El aumento de la cobertura ha sido un logro importante, lo que permite pensar que es el momento de mejorar la calidad para que la atención primaria en salud mental pueda ser efectivamente resolutive como propone el Minsal (2018b). Esto tendría que ir acompañado de incentivos por procesos de psicoterapia realizados y pacientes dados de alta.

4.2 Los profesionales que entregan atención en salud mental en APS

Los profesionales que trabajan en el área de la salud mental y psiquiatría en los servicios de salud pública corresponden principalmente a médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras y trabajadores sociales. En el año 2012 se estimó una tasa de 41,5 profesionales y técnicos por 100.000 beneficiarios de Fonasa que trabajaba en el área de la salud mental y psiquiatría, lo cual representó un incremento en más del 50% en relación al año 2004 (26,4 por 100.000) (World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems II [WHO-AIMS-II], 2014). Sin embargo, la incorporación de profesionales y personal técnico ha sido significativamente desigual. Los psicólogos presentan una tasa de incorporación de 17,1 por 100.000 usuarios de Fonasa, que se distribuyen en los diferentes niveles de atención. Les siguen los psiquiatras con una tasa de 5,8, distribuidos solo a nivel secundario y terciario, los terapeutas ocupacionales con 3,1, y las tasas más bajas corresponden a trabajadores sociales con 2,0 y a enfermeras con 1,6 (WHO-AIMS-II, 2014). Con

la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría comunitaria en el año 2000, se incrementó la cantidad de centros de APS con profesionales psicólogos de 172 a 832, para así reforzar la capacidad de resolución de los equipos de salud mental. Asimismo, los profesionales psicólogos tienen entre un 55% y 80% de las horas programadas para salud mental en los centros de APS en todo el país, muy superior a sus colegas médicos que poseen entre un 9% y un 18% de las horas programadas, y los trabajadores sociales que poseen entre un 5% y 29% (Minoletti, 2014; Minoletti, Rojas y Horwitz-Lennon, 2012).

Se ha discutido sobre la formación de psicólogos en nuestro país dado que, luego de la implementación en Chile de la Ley General de Universidades en los años 80, se produjo una apertura desmedida de casas de estudios que imparten la carrera de Psicología (Makrinov, Scharager y Molina, 2005), con un alto número de psicólogos. Los psicólogos se están graduando ocho veces más que terapeutas ocupacionales, 27 veces más que psiquiatras, 57 veces más que trabajadores sociales y 69 veces más que enfermeras (Minoletti, 2014). La gran heterogeneidad de casas de estudios resulta en una formación desigual para desempeñarse en contextos clínicos con requerimientos complejos, que además deben contribuir a la capacidad resolutive de los equipos de salud, como se espera en el nivel primario de atención (Minoletti et al, 2018). Por el contrario, durante la formación universitaria los psicólogos reciben más bien formación clínica para atender pacientes de altos recursos, “tipo consulta privada” (De la Parra et al, 2018), lo cual ha contribuido a incrementar el prejuicio respecto de que el ejercicio psicoterapéutico solo puede responder a las necesidades de una población que pueda costear la atención psicológica de tiempo indeterminado.

La formación de pregrado en Psicología dedica casi un tercio de sus contenidos a aspectos específicos del área clínica en salud mental y psiquiatría, y son los profesionales con mayor formación en esta área. Sin embargo, esta formación parece ser insuficiente para el desempeño requerido en el sistema público (Minoletti, 2014). Además, existen otros obstáculos para adquirir competencias en psicoterapia, como son los altos costos de los programas de formación, la falta de becas, la escasez de programas enfocados a psicoterapia y salud pública y la dificultad de compatibilizar trabajo de tiempo completo con procesos formativos. Los profesionales, entonces, deben desarrollar las competencias sobre la marcha. Esta realidad, además de no haber previsto un

programa de desarrollo de recursos humanos, de acuerdo a las guías clínicas Minsal, serían factores que han amenazado el éxito del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Minoletti y Zaccaria, 2005). Por su parte, Bedregal (2017) estudió las competencias profesionales de médicos y psicólogos para el programa GES-Depresión en APS (Fonis-SM14I0020) y se observaron déficits en los dominios de competencias para el manejo de la depresión y dificultades en la aplicabilidad de la Guía Clínica de Depresión.

Considerando que los psicólogos poseen la mayor tasa de incorporación a los centros de APS, resulta preocupante que hasta el día de hoy uno de los nudos críticos de la Red de Salud Mental Pública sea justamente la insuficiente formación en salud mental y otros temas específicos y las bajas competencias observadas de los profesionales en el Modelo Comunitario de Atención (Minsal, 2018a). De hecho, psicólogos noveles y con más de 20 años trabajando en unidades de salud mental en el sector público y privado han sido críticos con la formación universitaria (Zúñiga, 2018).

En resumen, vemos que los profesionales más frecuentes del sistema público son psicólogos, pero que parecen no haber recibido la formación para contar con las competencias para abordajes comunitarios, como para llevar adelante intervenciones clínicas individuales así como grupales y familiares que permitan mejorar el nivel de resolutivez a nivel de APS.

SECCIÓN II: La psicoterapia

1. ¿Por qué psicoterapia?: hacia un modelo en atención primaria

La definición del Minsal (2017b) que entiende la psicoterapia como un “tratamiento colaborativo, construido sobre una relación entre un paciente y su psicoterapeuta, cuya base fundamental es el diálogo” (p.13), es una de las tantas que se pueden ir enriqueciendo, según veremos más adelante a través de los modelos genéricos y de factores comunes.

Después de casi 70 años de investigación, es posible concluir que la psicoterapia es efectiva, más efectiva que la no terapia (por ejemplo al comparar con personas que están esperando recibir terapia) y más efectiva que las situaciones placebo (por ejemplo, controles médicos); el tamaño de efecto es muy superior al que tiene la aspirina para prevenir la enfermedad cardiovascular y un poco menor que el del by-pass coronario. También se ha demostrado que sus resultados perduran en el tiempo y

que pueden ser efectivas en cortos períodos de tiempo (Lambert, 2013b). Contrariamente a lo que se piensa, según muestran estudios internacionales anglosajones (Hansen, Lambert y Forman, 2002) y también latinoamericanos (Espinosa, Jaramillo y Ocampo, 2017), las psicoterapias duran, en promedio, alrededor de nueve sesiones. En nuestra experiencia, en un centro de atención en salud mental en la comuna de Macul, que atiende a una población de nivel socioeconómico medio y medio-bajo (De la Parra et al, 2018), sobre 1.860 pacientes (más del 50% con el diagnóstico de depresión) atendidos entre 2005 y 2016, el promedio de sesiones pactadas previo al tratamiento fue de 13,14 (DS = 6,97), mientras que el promedio de sesiones realizadas fue 10,31 (DS = 11,28). En otro centro privado de atención en Santiago que atiende a una población similar (Errázuriz y Zilcha-Mano, 2018), entre 2011 y 2013, la expectativa de los pacientes era asistir a 8,55 (DS = 4,04) sesiones, y el promedio real de sesiones de psicoterapia asistidas fue de 7,82 (DS = 6,62). Estas evidencias nos muestran que los pacientes en promedio no se quedarán más de 12 sesiones en terapia, por lo tanto, hay que pensar en modelos que se planifiquen desde un principio como procesos que terminen (y no se interrumpan) en ese período de tiempo.

Otro hallazgo que se ha decantado después de años de investigación es que las diferentes orientaciones teóricas de psicoterapia muestran equivalencia respecto de promover el cambio (Lambert, 2013a; Wampold, 2015). Esta equivalencia ha sido explicada a través del modelo genérico y modelo de factores comunes.

El modelo genérico (Orlinsky, 2009) se refiere al “género psicoterapia” y plantea, desde la perspectiva del conocimiento acumulado en el área, cuáles son los elementos comunes a las psicoterapias y cuáles de esos elementos tienen relación con los resultados terapéuticos. Es así que plantea que todas las psicoterapias comparten “factores de ingreso” (*input*), que incluye las características personales (incluyendo recursos relacionales) de paciente y terapeuta, cada uno inserto en una comunidad con su cultura y valores; “factores de proceso” y “factores de egreso” (*output*), que incluye los efectos del proceso en el paciente (resultados de la terapia, por ejemplo, disminuir los síntomas depresivos), también en el terapeuta y en la comunidad a la cual pertenecen. Dentro de los factores de proceso destacan el encuadre: acuerdos sobre la duración, frecuencia y roles en la terapia; la relación terapéutica y las acciones terapéuticas (que son las técnicas específicas que utilizan y han aprendido los

psicoterapeutas). La investigación ha mostrado que la claridad en el encuadre, incluyendo la distribución de roles, influye positivamente en los resultados terapéuticos (Orlinsky y Howard, 1986). A su vez, todos los trabajos muestran una correlación positiva entre calidad de la relación entre el paciente y el terapeuta (conceptualizado como alianza terapéutica), y resultados. La relación terapéutica también actúa como moderadora para que la técnica, acción terapéutica, tenga un buen resultado. Es decir, para que una intervención técnica tenga efecto, debe darse en el marco de una buena relación terapeuta-paciente. Por último, el efecto de la intervención técnica, de acuerdo a las diversas orientaciones, ha mostrado resultados contraintuitivos, en el sentido que la técnica parece explicar no más del 5 al 15% del cambio, siendo más importantes los factores relacionales, especialmente las características (relacionales) del terapeuta.

Es así que el modelo de factores comunes (MFC), corolario del modelo genérico, aporta con un modelo explicativo para entender en perspectiva los datos aportados por la investigación, especialmente el hecho de que todas las psicoterapias validadas científicamente, cualquiera sea su orientación teórica, pueden demostrar resultados positivos. El MFC describe que los componentes suficientes y necesarios de una psicoterapia exitosa son: 1) la existencia de una relación de confianza, con carga emocional con una persona en función de ayuda; 2) el contexto de la relación se da en un encuadre de curación, donde el consultante se presenta frente a un profesional en quien confía que es capaz de proveer ayuda y que tiene un compromiso (de salud mental adaptativo) con él; y 3) la existencia de una teoría que provee una explicación plausible de los síntomas y que prescribe procedimientos para resolverlos. Esta teoría debe ser consistente con la visión de mundo y valores del consultante. En caso de no ser así, el terapeuta debe asistir al consultante a acordar con ellos (Frank y Frank, 1991; Laska, Gorman y Wampold, 2014). Una consecuencia importante de este modelo y apoyada científicamente dice que toda terapia que contenga todos los ingredientes del MFC va a ser eficaz para el problema que está siendo tratado. El conjunto de factores mencionado más arriba, estructura lo que se llama una psicoterapia *Bona Fide* (buena fe) y es lo que se espera que realice el psicoterapeuta en la atención que ofrece a su paciente.

En el contexto de psicoterapia en la APS consideramos fundamental poner en práctica la “indicación adaptativa”. Este término, acuñado por Thomä y Kächele (1989), significa que el tratamiento se modifica para adaptarse

a las necesidades del paciente. Implica adaptarse también a la cultura y modelos explicativos del enfermar del consultante, a su contexto, eventualmente las dificultades de acceso y mantención del proceso terapéutico, así como a las necesidades institucionales; en este caso, disminuir las listas de espera. Ya decíamos que los pacientes en general a nivel institucional no acuden en promedio a más de 10-12 sesiones de tratamiento psicológico, además está el compromiso ético con los pacientes que esperan, por lo tanto, la indicación adaptativa nos orienta a realizar tratamientos breves. Según hemos discutido en otra parte (De la Parra et al, 2018), la terapia institucional no dura más de 10 o 12 sesiones porque el paciente no encuentra lo que necesita o porque accede a una “mejoría suficientemente buena” (Stiles, Barkham y Wheeler, 2015). Esta mejoría suficientemente buena implica que en el balance sufrimiento-dificultades externas para mantenerse en tratamiento, estos últimos pesan más cuando el paciente se siente mejor y este deja de acudir a tratamiento dadas las circunstancias muchas veces difíciles para perseverar, lo que plantea el desafío para el tratante de un “término adaptativo”.

2. Herramientas para una psicoterapia en contextos de alta presión asistencial: intervención en crisis y focalización

Más arriba hablábamos de la necesidad de implementar modelos breves a nivel de atención primaria. La terapia de intervención en crisis es una herramienta de alta efectividad cuando se usa en el momento apropiado. Se trata de una psicoterapia breve indicada para la persona que se encuentra en un estado de crisis, es decir, un trastorno agudo en el equilibrio psicológico, en el cual los mecanismos usuales para abordar los estresores fallan, acompañados por evidencias de distrés y menoscabo funcional (Yeager y Roberts, 2003). La Intervención es un proceso psicoterapéutico de seis a ocho sesiones, con frecuencia semanal. La terapia de crisis busca darle sentido a esta, entender cómo se inserta en la historia vital, de las relaciones interpersonales y de las situaciones traumáticas del paciente y, además, dar fuerte contención y apoyo. El consultante adquiere durante el tratamiento herramientas para enfrentar nuevas crisis y aprovechar la experiencia terapéutica como una oportunidad de crecimiento personal. A pesar de ser una intervención de pocas sesiones, tiene buenos resultados. La fuerza de esta intervención reside en intervenir en el momento correcto (dentro de las cuatro a seis semanas de desencadenada la crisis), cuando la persona se encuentra más abierta a recibir ayuda dado su estado de

mayor vulnerabilidad, lo que permite al terapeuta intervenir con mayor profundidad, ya sea buscando significados a la crisis, y/o apoyando y reforzando los recursos del paciente (De la Parra et al, 2008).

Una segunda herramienta fundamental para el trabajo en contextos de alta presión asistencial, como es la atención primaria, es la focalización. La focalidad en términos amplios significa delimitar una problemática abordada en psicoterapia para facilitar la implementación de esta. Focalizar permite guiar las intervenciones desde el inicio de las sesiones, jerarquizar los temas abordados en la sesión y abreviar la psicoterapia (Braier, 2009). La utilidad de las estrategias focales tradicionales es ampliamente reconocida y se han implementado con buenos resultados. La focalización se torna más difícil, eso sí, en el caso de pacientes con problemas de funcionamiento de la personalidad, donde ciertos déficits de funciones psicológicas impiden mantener el foco en la comprensión de los conflictos intrapsíquicos y las narrativas relacionados a ellos (Dagnino, 2012; De la Parra, Gómez-Barris y Dagnino, 2016). En la práctica clínica cotidiana es frecuente encontrar este tipo de pacientes y considerar que no es posible trabajar con ellos focalmente y renunciar a una estrategia terapéutica breve focalizada. Frente a estas situaciones proponemos trabajar con un foco centrado en la estructura, tal como lo define el Sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Se trata de un enfoque que permite planificar la psicoterapia al considerar las vulnerabilidades de funcionamiento estructural como foco de la psicoterapia, en combinación o no con focos interpersonales y de conflicto. Esta concepción amplía las posibilidades de trabajar en forma focal y permite planificar estrategias de tratamiento breve para pacientes con problemáticas que no pueden abordarse con los modelos tradicionales de psicoterapia focal.

Hasta aquí esperamos haber podido establecer que la psicoterapia es una prestación imprescindible en atención primaria, y que permite que la atención primaria en salud mental sea resolutoria. Dicho esto, podemos hablar de un modelo de psicoterapia para la APS. El modelo asume que la psicoterapia que debe realizarse en la APS tiene que ser lo que llamábamos más arriba una psicoterapia Bona Fide (de buena fe), que se caracteriza por ser un procedimiento que tiene la intención de ser terapéutico y que debe contener: una teoría psicológica del enfermar y curar; un marco racional convincente respecto

del tratamiento; acciones terapéuticas consistentes con la respectiva teoría; y una participación activa y colaborativa del terapeuta y paciente. Además, espera que el terapeuta: realice sus típicas³ acciones terapéuticas, sea lo suficientemente flexible para adaptarse al paciente individual y que esté alineado con el tratamiento que está proveyendo (crea en su propia teoría).

3. Competencias necesarias para la psicoterapia en la APS: perspectiva de los pacientes y psicólogos que atienden en contexto institucional

Las competencias de los psicólogos(as) en APS han sido definidas como los “conocimientos, habilidades y actitudes, y la integración de estos componentes, que permiten desempeñarse y cumplir diversas funciones, independiente del modelo de atención que los profesionales poseen” (Kaslow, Dunn y Smith, 2008; McDaniel et al, 2014). Si bien se han propuesto dominios de competencias en este campo (McDaniel et al, 2014; Moncada, 2015), faltan estudios que puedan proponer dominios de competencias psicoterapéuticas adaptadas para el contexto de atención primaria. Por esta razón, Zúñiga (2018), una de las autoras del presente trabajo, está desarrollando una investigación que busca elaborar una teoría de competencias psicoterapéuticas en base a la perspectiva de los usuarios, psicólogos y académicos expertos sobre este tópico.

Hasta el momento se ha entrevistado a 11 pacientes de la APS. En términos generales, estos esperan una atención psicológica efectiva que les permita aliviar su malestar, ayudándoles a “comprenderse a sí mismo/a”, “entender cómo salir del problema” o encontrar la razón de porqué vuelven a recaer, además de esperar que los psicólogos les den consejos y los guíen en la resolución de problemas. En otras palabras, los usuarios esperan a un terapeuta activo y con la capacidad de ofrecer intervenciones que permitan alcanzar una mayor comprensión de sí mismo, de las causas del padecimiento para así poder afrontarlo y prevenir recaídas, junto con tener la capacidad de psicoeducar u otorgar consejería para la toma de decisiones.

Otras habilidades que los pacientes han destacado como significativas es que los psicólogos sean capaces de sacar algo en limpio de la sesión, para que cada encuentro con el profesional “haya valido la pena”, junto con que el profesional pueda recordar en sesiones sucesivas lo que

3 Como típicas se refiere tanto a que el terapeuta aplique la técnica que sabe aplicar, por ejemplo, interpretar o dar una tarea, como a ofrecer espontánea e intuitivamente lo que el paciente necesita en ese momento, como apoyo emocional.

juntos han venido trabajando. Para los usuarios, es importante que el profesional inspire confianza, tenga una actitud siempre dispuesta a comprender, a no enjuiciar y sea genuino en demostrar su interés hacia el paciente. Por otro lado, tanto la referencia a la frecuencia de las sesiones como el tener un psicólogo permanente en el tiempo se plantean como esenciales para que se cumplan sus expectativas con la atención psicológica. Al respecto plantea una usuaria: “Me haría abandonar la terapia si cuando vuelvo a pedir la hora no cuento con el mismo psicólogo que me estaba atendiendo, porque eso es como empezar de cero, volver a contar todo de nuevo, y eso es fome, es un retroceso” (Paciente 11). Como hemos visto en el curso del presente trabajo, lamentablemente, el sistema de atención y agendamiento muchas veces no procura que el usuario continúe con su “psicólogo de cabecera”.

Hasta el momento se han entrevistado a 14 psicólogos/as con experiencia en trabajo clínico en contexto institucional, y muchas de las habilidades que los pacientes desean ver también lo reportan los profesionales como aspectos importantes. Por ejemplo, en ambas muestras aparece relevante que el psicólogo sea empático, sepa escuchar, demuestre interés en ayudar a las personas, lo cual se ha expresado como “tener vocación de servicio” o “tener conciencia social”.

Los psicólogos han destacado algunas competencias interpersonales en la línea de ofrecer una relación de ayuda con un alto involucramiento personal, teniendo las habilidades de sostener una actitud empática y de escucha durante la sesión, lo cual muchas veces se ve interferido por las condiciones laborales. La siguiente cita refleja esta situación: “Me gustaría tener mayor habilidad para escuchar al paciente, los escucho, pero no los estoy escuchando porque estoy pensando en otros asuntos que debo hacer (describe diversas tareas no asistenciales que debe realizar en el Cesfam) y 40 minutos no es mucho tiempo para atender al paciente y completar la ficha” (Psicóloga APS 14).

También se destaca la capacidad como profesionales de tener paciencia con los procesos terapéuticos y no angustiarse por ver resultados inmediatos, debido a que muchas veces las condiciones de atención no permiten ofrecer un tratamiento y seguimiento para alcanzar una cura: “El paciente de salud mental es distinto al de otros programas de salud [...] no obtiene una ganancia inmediata cuando viene a la atención con psicólogo como cuando va al médico” (Psicóloga APS 13). Se requiere tiempo para producir cambios en hábitos, patrones de

comportamiento y alcanzar un funcionamiento psicológico más saludable en los usuarios.

Muchas veces las limitaciones contextuales para alcanzar estas metas, generan malestar en los profesionales, siendo imprescindible desarrollar tolerancia a la frustración y tener capacidad para trabajar en equipo. Una psicóloga aconseja “no quedarse sola con la responsabilidad de un paciente [...] hay más profesionales que ven otras áreas del usuario” (Psicóloga APS 14), lo cual muchas veces representa un apoyo para sacar adelante casos complejos. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia de algunos psicólogos entrevistados, la posibilidad de trabajar en equipo no siempre es posible, debido a la escasa disponibilidad de tiempo de los profesionales para involucrarse en el abordaje de más casos (no considerados en la agenda), y por las dificultades para visibilizar el trabajo psicoterapéutico en un modelo de atención que es predominantemente médico.

Respecto de las competencias que les gustaría desarrollar a los psicólogos que actualmente trabajan en la APS (seis psicólogos/as), emergen los siguientes contenidos: i) necesidad de mejorar su desempeño en el manejo administrativo, para así poder aprovechar el tiempo de atención de cada sesión; ii) capacidad de identificar aquellos aspectos que son centrales de trabajar con los pacientes y, de esta forma, no dilatar los procesos psicoterapéuticos; iii) aprender más habilidades psicoterapéuticas con población adulta, infante juvenil, y específicamente en el manejo de trauma y adicciones; y iv) tener la capacidad de manejar el efecto emocional, como la ansiedad y la frustración que provocan casos más complejos.

Finalmente, los psicólogos noveles (n=6) y con mayor experiencia (n=8) han destacado ciertos dominios de conocimiento necesarios para trabajar en el contexto de la APS: i) conocimientos en salud pública y redes de prestadores; ii) comorbilidades o condiciones médicas e incidencia de los factores biológicos en la salud mental; iii) conocimiento en el ámbito de la farmacoterapia, psiquiatría, psicopatología y personalidad; y iv) conocimiento de la historia biográfica y del contexto sociocultural de los usuarios.

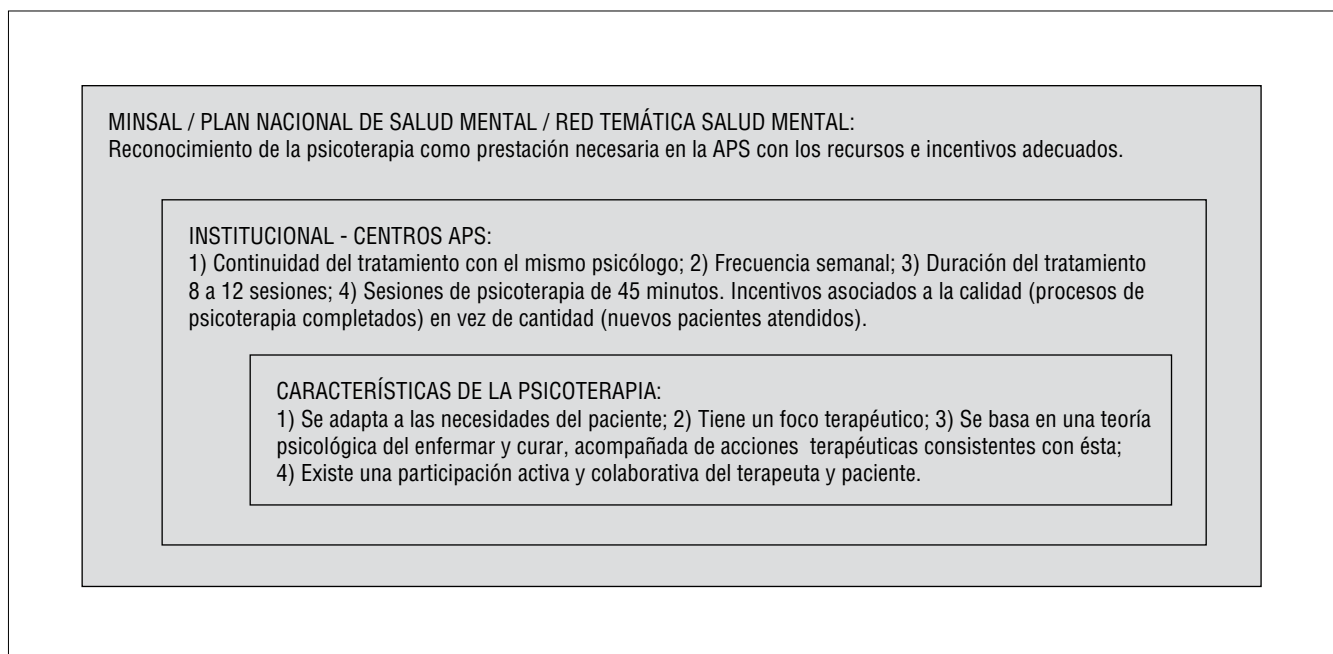
Es interesante destacar aquí que tanto las expectativas de los pacientes como las experiencias de los psicólogos, se articulan perfectamente con el modelo que proponemos; así cuando los pacientes esperan “comprenderse”, “saber a fondo el problema”, “entender”, estamos hablando del foco, es decir, de las dinámicas que subyacen a su motivo de consulta; cuando se refieren a sus expectativas respecto de las características personales del tera-

peuta, se refieren a características relacionales como calidez y empatía; cuando plantean sacar algo en limpio de cada sesión, se refieren a la metáfora de la perla (véase metáfora de la perla en la Tabla 2); en el caso de los psicólogos se refieren a características relacionales, capacidad de adaptación y necesidad de contar con diversas técnicas, están hablando de la indicación adaptativa, es decir, contar con diversos recursos para poder adaptarse y responder a las necesidades de los diversos pacientes.

SECCIÓN III: Una propuesta de implementación de psicoterapia en APS

Lo que proponemos entonces es que cualquier iniciativa técnica al incorporar psicoterapia en la APS para contribuir a la capacidad resolutive en este nivel, debe ir acompañada de cambios que generen las condiciones contextuales indispensables para poder garantizar la efectividad de este tipo de intervención (véase Figura 2).

Figura 2. ¿Qué se necesita para que la APS sea resolutive a través de psicoterapia?



Fuente: elaboración propia.

En un nivel central, es necesario hacer cambios que permitan el reconocimiento de la psicoterapia como prestación necesaria en APS con los recursos e incentivos adecuados, como el reconocimiento y financiamiento de la prestación “psicoterapia”. Para esto debería garantizarse, individualizándola como prestación en los registros. Además, junto con explicitarse en las guías clínicas respectivas, debiera hacerse parte de la canasta. Sectores del Minsal plantean que la “canasta”, se refiere al financiamiento, debiera hacerse efectiva solo después que los profesionales estén debidamente capacitados. Junto a esto son necesarios cambios en los registros estadísticos, incorporando medición de calidad (medición de cambio terapéutico o equivalente) y no solo a la cobertura; y cambio en los incentivos económicos a las metas para los

profesionales, no ya en torno a la cobertura sino en torno a altas, o baja de derivaciones (resolutiveidad).

En un nivel local (municipalidad y centros de atención), se requieren cambios administrativos en la gestión de agenda para permitir continuidad con el mismo profesional, garantizar frecuencia y el tiempo de sesión. Para el modelo propuesto resulta imprescindible la frecuencia de una sesión semanal. La implementación de terapias breves, como ya se mencionó, absorbe una parte de la necesidad de recursos humanos e infraestructura, ya que libera horas de pacientes que son dados de alta (y no se mantienen en controles cronificados) para recibir nuevos pacientes. Por otra parte, las sesiones no deberían durar menos de 45 minutos, para así poner en marcha un proceso psicoterapéutico.

Respecto del nivel correspondiente a la implementación propiamente tal de la psicoterapia, el modelo propuesto en el presente trabajo puede ser ofrecido a psicólogos de diversas orientaciones, en la medida que cumple con las condiciones de la psicoterapia bona fide ya descrita. Tanto la indicación adaptativa, culturalmente informada, como el término adaptativo, tienen consecuencias en las competencias generales con que debe contar el psicólogo, de tal manera de tener al principio del proceso conocimiento respecto de las expectativas y modelo explicativo del enfermar y curar del paciente, así como poder explicitar cuándo

el paciente está en condiciones de dejar el tratamiento en la medida que se siente mejor. Tanto la indicación adaptativa, como los cambios administrativos que hay que introducir para lograr frecuencias semanales de la terapia aquí propuestos son coherentes con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental (Minsal, 2018a) y con el PNSM 2017-2025 (Minsal, 2017c) en la medida que ponen a la persona-usuario en el centro de la gestión.

La Tabla 2 resume los elementos propios de la implementación de la psicoterapia de acuerdo al modelo que se propone.

Tabla 2. **Propuesta de elementos de la psicoterapia para APS**

La frecuencia	Para poner en marcha un proceso terapéutico, la frecuencia debe ser de una vez por semana (se deben tomar todas las medidas administrativas como económicas para que esto se pueda implementar).
La duración	En el caso que se pueda hacer el diagnóstico de “crisis” se deben indicar no más de seis a ocho sesiones. En el caso de psicoterapias no de crisis, se debe acordar una duración no mayor a las 12 sesiones; siempre poniendo atención y discutiendo con el consultante el nivel de mejoría obtenido, para evaluar la posibilidad de terminar antes de las 12 sesiones. En el caso de “pacientes difíciles” (vgr. trastornos graves de personalidad) se recomienda, siguiendo las recomendaciones de Gunderson y Links (2014), series sucesivas (por ejemplo, de 12 sesiones) con pausas según los recursos y estado del paciente en cada momento.
Alianza terapéutica y relación psicólogo-consultante	La alianza terapéutica debe incluir los tres factores que la componen (Bordin, 1979): un vínculo positivo, consenso respecto de los objetivos y consenso respecto de las tareas. Tanto objetivos y tareas deben explicitarse al principio de la terapia. Siguiendo los lineamientos de la indicación adaptativa, tareas y objetivos deben “negociarse” tomando en cuenta la teoría del enfermar del paciente y sus expectativas. El vínculo, especialmente en pacientes más vulnerables, implica una actitud “atenta y alentadora” (Gunderson y Links, 2014), así como una actitud parental (Rudolf, 2013). No cabe aquí una actitud neutral, sino un compromiso explícito por la salud mental del consultante. En el caso del modelo de series sucesivas de sesiones en pacientes difíciles, es de especial importancia el vínculo con el paciente, el que debe trascender en el tiempo de la duración de la terapia: “se termina la terapia más no la relación”. Este vínculo ofrece la oportunidad de una experiencia emocional reparadora (Rudolf, 2013; Gunderson y Links, 2014).
Cada sesión una perla	De acuerdo a la metáfora de Defey (2013) los consultantes deben tener una experiencia terapéutica de cada encuentro con el psicólogo, es decir, siempre se deben ir con “algo” de la sesión de modo de ir hilvanando sesión a sesión el collar que representa el proceso de terapia.
Apoyo a los pacientes más vulnerables	Implica tanto apoyo en términos relacionales, como apoyo al mal funcionamiento, por ejemplo, desregulación emocional. De acuerdo a los lineamientos del MFC, si se siguen sistemáticamente ambas estrategias es posible poner en marcha procesos de cambio también en los pacientes más vulnerables.
Intervención en crisis	Requiere poder reconocer cuando la persona se encuentra en estado de desorganización subjetiva y poder intervenir en el tiempo adecuado, con las técnicas y objetivos propuestos en este tipo de intervención.
Focalización	Los modelos de trabajo focal posibles de implementar son variados dentro de cada perspectiva teórica, y por lo tanto depende de cada profesional utilizar el que se considere apropiado según la propia formación y el caso.

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

En el presente trabajo describimos las difíciles circunstancias de la Salud Mental en Chile, las políticas estatales que se han estado intentando en el ejemplo del Programa de Salud Mental, y cómo se ha entregado a la atención primaria (APS) parte muy importante de la responsabilidad de resolver estas problemáticas. Luego de describir el funcionamiento de la APS, dimos cuenta respecto de los profesionales que la componen, enfatizando a los psicólogos, como los profesionales que en mayor cantidad se hacen cargo de la atención en salud mental, incluyendo las brechas en formación que estos presentan para poder entregar intervenciones resolutivas a este nivel. Después de enfocarnos en la situación actual de las prestaciones psicosociales en la APS, comparándola con la de otros países, nos concentramos en la necesidad de la prestación psicoterapia y las características que debería tener para poder entregar una atención eficiente en breves periodos de tiempo: intervención en crisis, focalización, frecuencia semanal con el mismo psicólogo, duración entre ocho y 12 sesiones, sesiones de 45 minutos, importancia de la alianza terapéutica, encuentros útiles, apoyo estructural a pacientes vulnerables, e indicación adaptativa. Finalmente, vimos cómo las competencias según las expectativas de pacientes y experiencia de psicólogos noveles y expertos, se articulaban perfectamente con los componentes del modelo ofrecido.

En resumen: si bien, como señalamos anteriormente, los psicólogos atienden la mayoría de las atenciones en salud mental a nivel primario, su rol no está lo suficientemente bien definido (Moncada, 2015). A diferencia de algunos autores (como Pastor, 2008; Morales, 2007)

que consideran que los psicólogos no deberían ofrecer psicoterapia en el nivel primario, sino más bien solo realizar acciones de promoción y prevención, nosotros consideramos que una de las tareas fundamentales de los psicólogos a nivel primario es la prestación de psicoterapia, articulada con otras acciones en el ámbito comunitario. El Minsal (2018b) afirma que la atención a nivel primaria debe ser resolutiva, lo que requiere de atenciones que puedan ser curativas de trastornos de salud mental. Como explicamos previamente, la psicoterapia ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de trastornos mentales, ya sea por sí misma o acompañada de farmacoterapia. Si bien la promoción y prevención la pueden realizar distintos actores (psicólogos, personal técnico, asistentes sociales, enfermeras, gestores comunitarios, etc.), la psicoterapia en Chile solo la pueden realizar psicólogos y psiquiatras (siendo generalmente más costo-efectivo que lo realicen los primeros). Consideramos que los psicólogos pueden hacer un aporte muy importante en la atención primaria promoviendo los factores protectores de la salud mental. Sin embargo, un rol que no puede ser descuidado, para que la atención primaria sea resolutiva, es la atención de psicoterapia, la cual, como describimos en este artículo, requiere de condiciones mínimas para que pueda ser llevada a cabo de manera exitosa. Los psicólogos podrán desplegar sus competencias si, y solo si, se cumplen estas condiciones. Esperamos, a través del presente trabajo haber instalado la idea de que no se entiende un tratamiento en salud mental sin la prestación psicoterapia y que en esta se pueden capacitar perfectamente los psicólogos que se enfrentan día a día al desafío de ayudar a sus pacientes en la intimidad de su box.

Referencias

- Australia Department of Human Services**, 2009. *Because Mental Health Matters: Victorian Mental Health Reform Strategy 2009-2019*. Melbourne: Mental Health and Drugs Division, Department of Human Services.
- Bedregal, P.**, 2017. Professional competencies of psychologists and physicians working in the GES-depression Program of Primary Care and its relationship with clinical outcomes. *General Clinical Meeting of the Department of Psychiatry of the Pontificia Universidad Católica de Chile*. Lecture given at the San Carlos Clinic of Apoquindo, Santiago de Chile.
- Beutel, M., Rasting, M., Stuhr, U., Rüger, B. y Leuzinger-Böhleber, M.**, 2004. Assessing the impact of psychoanalyses and long term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychother Res*, 14, pp. 146-160.
- Bordin, E.S.**, 1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Braier, E.**, 2009. *La psicoterapia focal y breve, rasgos distintivos*. Trabajo presentado en el Simposio BIANUAL de la Sección de Psicoterapia Psicoanalítica de la FEAP, «Nuevos abordajes en psicoterapia psicoanalítica». Barcelona.
- Brujniks, S.J., Bosmans, J., Peeters, F.P., Hollon, S.D., van Oppen, P., van den Boogaard, M., Dingemans, P., Cuijpers, P., Arntz, A., Franx, G. y Huibers, M.J.**, 2015. Frequency and change mechanisms of psychotherapy among depressed patients: study protocol for a multicenter randomized trial comparing twice-weekly versus once-weekly sessions of CBT and IPT. *BMC Psychiatry*, 15(1), p. 137.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. y Van Straten, A.**, 2011. Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, pp. 354-364.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D.D., Koole, S.L. y Andersson, G.**, 2013. How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), pp. 1-13.
- Dagnino, P.**, 2012. *Focus in psychotherapy: Characteristics and trajectories through the therapeutic process*. Tesis de Doctorado. Pontificia Universidad Católica de Chile, Faculty of Social Sciences School of Psychology; Universidad de Chile, Faculty of Social Sciences Department of Psychology.
- De la Parra, G., Besio, R., Droguett, S., Luzio, P., Sosman, V., Dagnino, P. y Betancourt, E.**, 2008. Tratamiento de la crisis en el marco del funcionamiento de una unidad de psicoterapia de adultos (UPA). Sharim, Machuca & Reinoso (Eds.) *Salud Mental, Práctica Clínica en un Centro Universitario*, pp. 29-55. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- De la Parra, G., Gómez-Barris, E. y Dagnino, P.**, 2016. Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*.
- De la Parra, G., Gómez-Barris, E., Zúñiga, A., Dagnino, P. y Valdés, C.**, 2018. Del “diván” al policlínico: un modelo de psicoterapia para instituciones. Aprendiendo de la experiencia (empírica). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), pp. 182-202. doi: 10.24205/03276716.2018.1057.
- Defey, D.**, 2013. Adecuación de la psicoterapia a la realidad de las instituciones de salud. *Conferencia presentada en: Jornada Psicoterapia en Instituciones de Salud; Unidad de Psicoterapia Adultos, Departamento de Psiquiatría, PUC*. Agosto 2013, Santiago de Chile.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)**, 2015. *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung 2*. Auflage, Version 1. AWMF-Register-Nr.: nvl-005.
- Dührssen, A. M. y Jorswieck, E.**, 1965. Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*, 36, pp. 166-169.
- England Department of Health and Social Care**, 2011. *No Health Without Mental Health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. London: HM Government.
- England National Health Service, s.f.a.** *Adult Improving Access to Psychological Therapies programme*. Recuperado de <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>
- England National Health Service, s.f.b.** *Integrating mental health therapy into primary care*. Recuperado de <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/integrating-mental-health-therapy-into-primary-care/>
- Errázuriz, P. y Zilcha-Mano, S.**, 2018. In psychotherapy with severe patients discouraging news may be worse than no news: The impact of providing feedback to therapists on psychotherapy outcome, session attendance, and the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), p. 125.
- Erekson, D.M., Lambert, M.J. y Eggett, D.L.**, 2015. The Relationship Between Session Frequency and Psychotherapy Outcome in a Naturalistic Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), pp. 1097-107. doi: 10.1037/a0039774
- Espinosa, D., Jaramillo, J.C. y Ocampo, D.**, 2017. Contexts and Challenges for Contemporary Clinical Psychology: Psychotherapeutic intervention in a Colombian health institution 2014-2015. *48th Annual Meeting of SPR*, Toronto, Canadá.
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P. y Díaz, R.**, 2019. What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, pp. 1-14. doi: 10.1002/jclp.22765
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M.**, 2007. The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(3 4), 288-328.
- Frank, J.D. y Frank, J.B.**, 1991. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. 3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins University.

- Grupo de Trabajo OPD.**, 2008. *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2), Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Gunderson, J.G. y Links, P.**, 2014. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J. y Forman, E.M.**, 2002. The psychotherapy dose response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), pp. 329-343.
- House, J.S., Landis, K.R. y Umberson, D.**, 1988. Social relationships and health. *Science*, 241(4865), pp. 540-545.
- Hunsley, J., Elliott, K. y Therrien, Z.**, 2013. *The efficacy and effectiveness of psychological treatments*. Ottawa, Canada: Canadian Psychological Association.
- Kaslow, N.J., Dunn, S.E. & Smith, C.O.**, 2008. Competencies for psychologists in academic health centers (AHCs). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(1), 18-27.
- Lambert, M.J.**, 2013a. The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. Lambert, M. (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J.**, 2013b, July 10-13. The general efficacy & effectiveness of psychotherapy: Important new findings. *44th International Annual Meeting*, Brisbane, Australia.
- Laska, K.M., Gurman, A.S. y Wampold, B.E.**, 2014. Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), p. 467.
- Planella, X. y Martínez J.L.**, 2018. *Ahora Reportajes*. Santiago de Chile: Canal de Televisión Mega de Chile, Ahora Noticias.
- Mcdaniel, S.H., Grus, C.L., Cubic, B.A., Hunter, C.L., Kearney, L.K., Schuman, C.C., Karel, M.J., Kessler, R.S., Larkin, K.T., Mccutcheon, S., Miller, B.F., Nash, J., Qualls, S.H., Connolly, K.S., Stancin, T., Stanton, A.L., Sturm, L.A. y Johnson, S.B.**, 2014. Competencies for Psychology Practice in Primary Care. *American Psychologist*, 69(4), pp. 409-429.
- Makrinov, N., Scharager J. y Molina, L.**, 2005. Situación Actual de una Muestra de Psicólogos Egresados de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *PSYKHE*, 14 (1), pp. 69-77.
- Ministerio de Salud de Chile**, 1993. *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2000. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2007. *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2011. *Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2013. *Guía Clínica: Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años y más*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2017a. *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2017b. *Guía Clínica: Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2017c. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2018a. *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2018b. *Red temática de salud mental en la red general de salud. Modelo de Gestión*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud de Chile**, 2019. *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2019*. Santiago: Minsal.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay**, 2011. *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Minoletti, A.**, 2014. *Evaluación del sistema de Salud Mental en Chile. Segundo informe Junio 2014: Informe sobre la base del instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM/WHO AIMS)*. Santiago, Chile: Minsal.
- Minoletti, A., Rojas, G. y Horvitz-Lennon, M.**, 2012. Salud mental en atención primaria en Chile. *Cadernos Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro, 20(4), pp. 440-447.
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O. y Irrázaval M.**, 2018. Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Rev Panam de Salud Pública*, 42, p. 136. doi: 10.26633/RPSP.2018.136
- Minoletti, A. y Zaccaria, A.**, 2005. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4/5), pp. 346-358.
- Moncada, S.**, 2015. Psicología y Atención Primaria de Salud: Una propuesta de Competencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(3), pp. 293-304.
- Morales, F.**, 2007. *Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud. Primera Edición*. Sonora: Editorial Unison.
- Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE)**, 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2013-en
- Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE)**, 2014. *OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing. doi: 10.1787/factbook-2014-99-en
- Organización Mundial de la Salud**, 2008. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2008: La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS. Extraído de: <https://www.who.int/whr/2008/es/>
- Organización Mundial de la Salud**, 2013. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

- Organización Panamericana de la Salud**, 2017. *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Orlinsky, D.E.**, 2009. *The 'Generic model of Psychotherapy' after 25 years: Evolution of a research-based metatheory*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), pp. 319-339.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I.**, 1986. Process and outcome in psychotherapy. En: S. Garfield, & A. Bergin (Edits.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., págs. 311-381). New York: Wiley.
- Pastor, J.**, 2008. El psicólogo en Atención Primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del psicólogo*, 29(3), pp. 271-290.
- Rudolf, G.**, 2013. *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Schattauer Verlag.
- Schore, A.N.**, 2001. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), pp. 7-66.
- Stiles, W., Barkham, M. y Wheeler, S.**, 2015. Duration of psychological therapy: relation to recovery and improvement rates in uK routine practice. *The British Journal of Psychiatry*, 207(2), pp. 115-122. doi: 10.1192/bjp.bp.114.145565
- Thomä, H.Y. y Kächele, H.**, 1989. *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. Tomo I: Fundamentos*. Barcelona, España: Herder.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S.**, 2002. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)(ECPP). *Revista Médica de Chile*, 130(5), pp. 527-536.
- Vicente, B., Saldivia, S. y Pihán, R.**, 2016. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), pp. 51-61.
- Wampold, B.E.**, 2015. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), pp. 270-277.
- World Health Organization**, 2014. *The World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)*.
- Yeager, K.R. y Roberts, A.R.**, 2003. Differentiating among stress, acute stress disorder, crisis episodes, trauma, and PTSD: Paradigm and treatment goals. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(1), p. 3.
- Zúñiga, A.K.**, 2018. *Construcción de un dispositivo taller para desarrollar competencias psicoterapéuticas en psicólogos que trabajan en Contexto Institucional*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicoterapia [Investigación en proceso]. Programa de Doctorado Internacional en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Chile y Universidad de Heidelberg.

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

De la Parra, G., Errázuriz, P., Gómez-Barris, E. y Zúñiga, A.K., 2019. Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20. Centro de Políticas Públicas UC.

Centro UC

Políticas Públicas

www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl

SEDE CASA CENTRAL

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, piso 3, Santiago.
Teléfono (56-2) 2354 6637.

SEDE LO CONTADOR

El Comendador 1916, Providencia.
Teléfono (56-2) 2354 5658.

CENTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS UC

- Facultad de Agronomía e Ingeniería Forestal • Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos
- Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas • Facultad de Ciencias Sociales • Facultad de Derecho • Facultad de Educación
- Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política • Facultad de Ingeniería • Facultad de Medicina