

Competencias para el manejo psicoterapéutico de la depresión en contextos institucionales y APS: aprendiendo de la perspectiva de sus protagonistas

Competencies for the psychotherapeutic management of depression in institutional PHC settings: learning from the perspective of the protagonists

Ana Karina Zúñiga^{1,2}, Guillermo de la Parra^{2,3}, Maria Teresa Ferrari⁴

*Correspondencia:
Ana Karina Zúñiga
karina.zuniga@uss.cl

RECIBIDO: OCTUBRE 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Resumen

La depresión es uno de los trastornos de salud mental que más atención ha suscitado para mejorar su manejo en contextos de atención primaria de salud, debido a obstáculos institucionales y falta de capacitación para su tratamiento. **Objetivo:** presentar un modelo de competencias psicoterapéuticas centrales para el manejo de la depresión en contextos institucionales y APS basado en la perspectiva de pacientes, terapeutas y expertos. **Método:** El estudio utilizó la metodología cualitativa consensual (CQR). **Resultados:** El modelo propone que se debe contar con un background de conocimientos que permita adaptar la técnica a las características y necesidades de los consultantes, ser activo para intervenir, ser flexible en términos de dogmas teórico y el rol en el contexto de atención, ser comprometido con el consultante, y en su conjunto estas competencias, actúan como puentes para construir y cuidar un vínculo que resulta en una experiencia correctiva y terapéutica para el paciente con depresión. **Discusión:** las competencias propuestas están en sintonía con modelos respaldados empíricamente (ej. modelo de factores comunes MFC, la indicación adaptativa), se discute cómo estas habilidades fueron insertas como insumos para la generación de un entrenamiento en competencias para trastornos depresivos en APS.

Palabras claves: Depresión, competencias, terapeutas, atención primaria de salud, APS.

Abstract

Depression is one of the mental health disorders that has attracted most attention to improve its management in primary health care settings, due to institutional barriers and lack of training for its treatment. **Aim:** this study was to present a model of core psychotherapeutic competencies for the management of depression in institutional and PHC settings based on the perspective of patients, therapists, and experts. **Method:** The study used consensual qualitative method (CQR). **Results:** The model proposes that one must have a background of knowledge that allows one to adapt the technique to the characteristics and needs of the consultants, be active to intervene, be flexible in terms of theoretical approach and in terms of professional performance and be engaged to the consultant. All these competencies, act as bridges to build and nurture a bond that results in a corrective and therapeutic experience for the patient with depression. **Discussion:** the proposed competencies are in line with empirically supported models (e.g. common factors model, adaptive indication), and it is discussed how these skills were inserted as inputs for the generation of a competency training for depressive disorders in PHC setting.

Keywords: Depression, competencies, psychotherapists, primary health care, PHC.

¹ Escuela de Psicología, Facultad de Psicología y Humanidades, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

² Instituto Milenio para la Investigación en depresión y personalidad MIDAP.

³ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Universidad de Chile, Santiago, Chile.



Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

INTRODUCCIÓN

La depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). En Chile antes de la pandemia, el 6,2% de la población presentaba un trastorno depresivo (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2018), superando la prevalencia mundial de 4,4% (OMS, 2017). Se estima que, durante la pandemia, los diagnósticos de depresión se incrementaron un 40,6% (Celis-Morales & Nazar, 2022).

En Chile existe un programa en atención primaria de salud (APS) para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión, que combina intervenciones médicas y psicosociales, las cuales han sido presentadas en la Guía Clínica del 2013 (MINSAL, 2013). Sin embargo, diversos autores han remarcado una serie de inconsistencias en el manejo de la depresión, que resultan de una insuficiente capacitación y falta de competencias psicoterapéuticas para tratar la depresión en este contexto (Acuña et al., 2016; Alvarado & Rojas, 2011; Bedregal, 2017; Marín et al., 2016; Minoletti & Zaccaría, 2005).

El año 2017 se publicó una actualización de la guía clínica vigente, en la cual se sugiere no priorizar una modalidad terapéutica (por ej. terapia cognitivo-conductual TCC o interpersonal por sobre otras corrientes), dado que la evidencia señala que distintos enfoques son igualmente efectivos. En términos de frecuencia y periodicidad del tratamiento psicoterapéutico, se sugirió que en personas mayores de 18 años se realice terapia con una frecuencia semanal y que no supere las 12 sesiones, debido a que se ha observado que después de este tiempo los indicadores de cambio se incrementan muy levemente (MINSAL, 2017).

A pesar que es un avance importantísimo, que se considere la psicoterapia con una periodicidad adecuada como tratamiento para la depresión en APS, aún faltan lineamientos ministeriales para poder homogeneizar las competencias psicoterapéuticas necesarias para poder implementar este tipo de

tratamiento. Sobre todo considerando, por un lado, los obstáculos institucionales en APS, tales como: déficit en infraestructura, agendamiento biomédico que no considera el encuadre psicoterapéutico, incentivo a los ingresos y no a las altas, lo que lleva a la cronificación de grandes poblaciones de pacientes “en control”, largas listas de espera, entre otros (de la Parra et al., 2019; Zúñiga, 2021). Por otro lado, la proliferación de escuelas de psicología (al 2015 se impartían 139 programas dictados en 49 universidades) (Urzúa et al., 2015) que deriva en la existencia de una preocupante heterogeneidad formativa difícil de regular (Bedregal 2017; Makrinov et al., 2005). Al respecto, autores han destacado que el pregrado no es suficiente para ejercer como psicoterapeutas (Jiménez, 2002), y que además, no entrega la formación necesaria para desempeñarse en APS (Scharager y Molina, 2007). Por su lado, Minoletti & Zaccaría (2005) destacan que la insuficiente formación en materias de salud mental comunitaria y psiquiatría, conlleva a que los profesionales adquieran las competencias sobre la marcha, no contando con la capacidad de respuesta adecuada para satisfacer las necesidades de los consultantes.

Estos obstáculos para poder implementar tratamientos psicoterapéuticos efectivos en contextos institucionales de salud, ocurre también en otros países. Con el objetivo de homogeneizar las habilidades clínicas de los tratantes, y de esta manera, que los usuarios accedieran a la misma calidad de atención, en Reino Unido, se implementó el programa *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)*, el cual sistematizó un cuerpo de competencias psicoterapéuticas en competencias genéricas, competencias básicas, competencias de técnicas específicas, competencias para problemas específicos, y metacompetencias (Lemma et al., 2008; Roth, 2015; Roth & Pilling, 2007), unificando de esta forma las habilidades de distintos tipos de enfoques psicoterapéuticos para el abordaje de la depresión y otros trastornos (Roth, 2015).

A pesar de que en la literatura, se cuenta con tratamientos y competencias bien definidos para el abordaje de la depresión (Roth, 2015; Cuijpers

et al., 2019), hay que subrayar que la mayoría de estos tratamientos se han desarrollado en países de ingresos altos (PIM) (Cuijpers et al., 2018) y que hay escasa literatura sobre las competencias que los clínicos necesitan desarrollar para tratar trastornos comunes en otros contextos (Kohrt et al., 2015; Kutcher, 2005; Patel et al., 2018; Patel et al., 2011).

Los tratamientos para la depresión en contextos institucionales, son altamente desafiantes para los clínicos, debido a la alta presión asistencial, carga administrativa, falta de frecuencia adecuada entre las sesiones, falta de supervisión, y herramientas para atender pacientes difíciles (de la Parra et al., 2021; Fischer et al. 2019; Haas et al. 2005; Koekkoek et al. 2006). Con el objetivo de contribuir a la formación en competencias psicoterapéuticas en nuestro contexto, se propuso una tesis doctoral (Zúñiga, 2021) cuyo propósito fue construir un protocolo de capacitación en competencias psicoterapéuticas dirigido a profesionales psicólogos que ya trabajaban en APS. En esta investigación doctoral, se llevó a cabo un primer estudio cualitativo exploratorio que pretendió levantar competencias psicoterapéuticas entrevistando a pacientes, psicólogos/as y expertos para construir un protocolo de capacitación, el cual en un segundo estudio, fuese validado a través del método Delphi (de la Parra et al., 2022; Zúñiga 2021). Este segundo estudio, junto a la implementación del entrenamiento en centros de APS, y su posterior evaluación de aceptabilidad por parte de las psicólogas que participaron de la capacitación, se llevó a cabo a través del proyecto FONIS (Proyecto SA19I0021, de la Parra, 2019). Como producto final de esta serie de estudios y validaciones, se editó el libro *Herramientas psicoterapéuticas para el manejo de la depresión, una guía para el trabajo en APS* (de la Parra, et al., 2023).

En este artículo se presentará un modelo de la interrelación entre competencias centrales en base a una síntesis de las competencias que se propusieron en la tesis doctoral (Zúñiga, 2021), y que recoge las perspectivas de pacientes, terapeutas y expertos. El cuerpo de competencias, en su totalidad, están publicadas en la tesis doctoral de la primera autora

(Zúñiga, 2021), las que también formaron parte del protocolo de capacitación y de los capítulos comprendidos en el libro editado por de la Parra et al (2023) señalado anteriormente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

Pacientes: Estos fueron reclutados con un muestreo intencional por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, haber sido diagnosticado con depresión, haber sido derivado a atención psicológica. Se reclutaron 13 mujeres y 3 hombres (N=16), entre 21 y 58 años de edad (M= 35.82, SD=12.39) en un servicio de salud mental ambulatorio, y dos centros APS. Se les aplicó el MINI International Neuropsychiatric Interview (Spanish version 5.0.0.) (Ferrando et al., 2000) para verificar el diagnóstico de depresión, todos los participantes cumplieron el criterio para episodio depresivo mayor. Además, 12 de los participantes presentaron algún grado de riesgo suicida (7 de riesgo leve, 3 de riesgo moderado y 2 de riesgo alto).

Terapeutas: Fueron reclutados intencionalmente profesionales psicólogos/as, utilizando la estrategia de bola de nieve incluyendo una variedad máxima en género, enfoques terapéuticos y experiencia trabajando en contextos institucionales de salud mental. Fue excluyente que sólo se desempeñaran en consulta privada. La muestra quedó conformada por 16 psicólogos, 9 mujeres y 7 hombres, con una edad promedio de 44,19 años ((SD=11,9); rango [28-68]). La experiencia laboral en promedio fue de 16,5 años (SD=10,5; rango [4-35]). Se administró el instrumento Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ, Orlinsky et al., 1999; 2005) para describir sus características profesionales. Cuatro terapeutas se identificaron con un solo enfoque: dos reportaron ser cognitivos, uno psicodinámico y uno sistémico. Los 12 terapeutas restantes, si bien reportaban adscribir al momento de la entrevista a una escuela teórica, el cuestionario arrojó que poseían una perspectiva integrativa. En una escala de

respuesta de 0 a 5, los participantes reportaron tener una alta confianza en sus competencias terapéuticas generales ($M=4,2$; $DE=0,5$); bajas dificultades en la práctica ($M=1,89$; $SD=0,9$); y usar estrategias de afrontamiento constructivas con sus pacientes ($M=3,21$; $DE=0,6$).

Expertos: Fueron seleccionados intencionalmente utilizando la estrategia de bola de nieve. Los criterios de inclusión fueron: ser profesionales psicólogos o psiquiatras, investigadores en depresión, pertenecientes a diferentes abordajes teóricos, hablantes de español o inglés. Ocho expertos fueron reclutados, 3 hombres y 5 mujeres, de diversas nacionalidades (1 norteamericano, 2 alemanes, 1 Mexicana y 4 chilenos), con una edad promedio de 53,6 años ($SD=12,23$; intervalo [39-67]). Su experiencia laboral promedio fue de 27,25 años ($SD= 8,8$; rango [16-39]). Tres expertos se auto identificaron como psicodinámicos, mientras que un experto declaró ser psicodinámico y tener formación en EMDR. Los expertos restantes adscribieron a dos o más enfoques, preferentemente resolución de problemas ($N=2$), cognitivo-conductual ($N=3$), entrevista motivacional ($N=2$) e interpersonal ($N=1$); además, 4 expertos latinoamericanos informaron tener una perspectiva comunitaria, cultural y de género. Todos los expertos ocupaban cargos académicos, estaban estrechamente relacionados con la formación clínica de psicoterapeutas, y se encontraban activos realizando investigación.

Método

Para el análisis de las entrevistas se utilizó el método cualitativo consensual (Consensual Qualitative Research, CQR). Este método basado en la teoría fundamentada, analiza y extrae conceptos de datos textuales, y busca lograr el consenso con respecto al significado de los datos, a través de un proceso sistemático que examina la representatividad de los resultados en el caso a caso (Hill et al., 1997). CQR se desarrolló como un método específico para el trabajo de análisis de material ligado a los procesos psicoterapéuticos, como lo son las entrevistas de pacientes y/o terapeutas (Juan et al., 2011).

Procedimiento y análisis de datos

La investigadora principal creó 3 guiones de entrevista semi-estructurada, una para cada tipo de participante (pacientes, terapeutas y expertos). Estos guiones compartían tópicos en común en relación a explorar qué conocimientos, habilidades técnicas, interpersonales, y actitudes debía tener un terapeuta para atender pacientes ambulatorios con depresión en contextos institucionales ambulatorios, especialmente en APS.

El reclutamiento estuvo a cargo de la investigadora responsable (IR), una vez que los participantes fueron invitados a participar, la IR coordinó una cita para firmar el consentimiento informado y realizar las entrevistas de forma presencial, las que fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Este proceso estuvo apoyado por un equipo de asistentes de investigación.

La unidad de análisis estuvo compuesta por 40 entrevistas en total. Se trabajó secuencialmente con 3 unidades hermenéuticas partiendo con el análisis de entrevistas de pacientes, siguiendo con las entrevistas de terapeutas y luego con las entrevistas de expertos. Para el proceso de codificación se utilizó el programa Atlas Ti v8.

Se constituyeron dos grupos primarios de codificación compuesto por 5 codificadoras para ir haciendo el primer análisis y proponer los dominios de cada entrevista (área temática que sintetiza parte del material). Este proceso luego fue presentado a un auditor, quien cumplía el rol de supervisar el trabajo (segundo autor) y recibir retroalimentación. También participaron dos académicas como supervisoras externas que cumplieron el rol de jueces, con el fin de triangular y alcanzar un mayor grado de consenso.

El análisis se basó en generar consenso entre las visiones de cada miembro del equipo, proceso en el cual, se construyeron y organizaron las categorías e ideas centrales (resumen de los diferentes elementos de cada dominio), que tuvieron un lenguaje común para poder ser comparadas entre los 3 grupos de entrevistados (pacientes, terapeutas y expertos). Por lo tanto, se realizaron tres instancias de consenso: con el grupo primario de codificación, con el auditor,

y más tarde con las juezas.

Posteriormente, se hizo un análisis de las frecuencias de las categorías, lo que ayuda a observar la estabilidad y la tendencia de los resultados entre los participantes (Juan et al., 2011). Siguiendo los lineamientos de Hill et al., (2005), el análisis transversal de la ocurrencia de las categorías en cada grupo de participantes se organizó en: *Generales* (categorías que están presentes en todos o todos menos uno de los entrevistados), *Típicas* (categorías presentes en la mitad de los casos hasta el límite de general),

Variantes (categorías presentes en menos de la mitad de los participantes) y *Raras* (categorías presentes en 2-3 participantes en muestras sobre 15 participantes). En la Tabla 1 se muestra la ocurrencia de frecuencias de acuerdo al N de nuestros participantes.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis comparativo entre los tres grupos, para evaluar la consistencia entre las categorías y los dominios, considerando las convergencias y particularidades de cada grupo de participantes.

Tabla 1.

Clasificación de la frecuencia de categorías de acuerdo al número de participantes en base al CQR (Hill et al., 2005)

Participantes (N)	Clasificación de frecuencias de acuerdo a la nomenclatura del CQR			
	General	Típicas	Variantes	Rara
Expertos (N=8)	8-7	4-6	3	-
Terapeutas (N=16)	16-15	8-14	5-7	3-4
Pacientes (N=16)	16-15	8-14	5-7	3-4

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación doctoral, de donde provienen los datos presentados en este artículo, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Ciencias de la Salud CEC de la Pontificia Universidad Católica de Chile. ID: 180014001

RESULTADOS

Las competencias que emergieron del análisis de las 40 entrevistas se organizaron en 4 dominios: conocimientos (qué saber); habilidades técnicas (qué hacer), habilidades interpersonales y actitud (saber cómo relacionarse, disposición ante el paciente); habilidades profesionales y de la persona del psicólogo (habilidades para actuar como profesional, considerando habilidades de la persona del terapeuta). Dentro de estos dominios, se observó que habían categorías que actuaban como puentes

entre los distintos dominios, y que en su conjunto facilitaban la construcción y cuidado del vínculo con el/la consultante. Este modelo propuesto se grafica en la figura 1.

Categoría (1): Tener un background de conocimientos que permita adaptar la intervención.

Respecto a los conocimientos, terapeutas y expertos coincidieron mayoritariamente en que era necesario conocer el sistema de atención en salud pública (típico en terapeutas y expertos), lo que implica en palabras de entrevistados “conocer los procedimientos, las redes del sistema público” (Terapeuta 7) y “saber qué es la atención primaria y cómo encajamos los terapeutas en ella” (Experta 7).

Además, el grupo de expertos destacó de forma general, el conocimiento respecto a quienes son los usuarios, sugiriendo a la vez, que los futuros terapeutas debían tener contacto con las comunidades

en pregrado para que cuando les correspondiera trabajar supieran adaptar sus intervenciones al contexto de vida de los pacientes. La siguiente cita refleja esta idea:

[...] por eso te digo, prácticas, de mandar a las, a los psicólogos a la comunidad, de hacer que recopilen datos, de qué aprendiste, qué observaste, cómo te sentiste comunicándote con las personas allá, siento que les hace falta esta inmersión en el contexto social... de escuchar más, de aprender más, y entonces traducir lo que sabes cómo terapeuta a la condición social de las pacientes (Experta 7).

En esta línea, en términos generales terapeutas y expertos aludieron a la importancia de considerar la realidad de los pacientes antes de realizar alguna intervención. Todos los expertos subrayaron el tener conocimiento sobre la depresión, sus comorbilidades y sus determinantes (general), lo que se asoció con saber hacer un diagnóstico que oriente la intervención (general para los expertos, y típico para los terapeutas). La cita del Experto 1 ilustra estas ideas centrales:

Debes conocer los factores predictivos positivos y negativos de la depresión... tener un conocimiento diagnóstico que te oriente en tus intervenciones, así te haces una idea de cuánto puedes estresar a un paciente o cuánto puedes exigirle, porque a veces tienes que ser exigente, pero no demasiado (Experto 1).

La cita anterior, introduce esta habilidad de saber hacer un diagnóstico que permita ir adaptando la intervención a las necesidades de cada paciente; terapeutas también mencionaron esta habilidad, enfatizando en poner a la persona al centro de la intervención, como ilustra la terapeuta 2:

La intervención debe tener sentido para la persona. Por ejemplo, algunas personas necesitan comprender y están muy dispuestas a ahondar en su mundo interior y hacer introspección, pero

a otras ese enfoque no les sirve, y te dicen que no, que 'necesito consejos, quiero herramientas más prácticas para afrontar estos problemas'. Así que, en esos casos, creo que tienes que adaptar tu técnica [...] (Terapeuta 2)

En cuanto a los conocimientos sobre intervenciones más específicas, terapeutas y expertos convergieron en la importancia de saber realizar intervenciones breves y de apoyo, que fueron típicamente mencionadas por ambos grupos. Además, terapeutas destacaron el saber hacer psicoeducación (típico); y pacientes mencionaron la necesidad de que les ayudaran a resolver problemas (típico). En cuanto a tener formación en intervenciones específicas, algunos terapeutas señalaron como importantes de dominar, las intervenciones pertenecientes al modelo cognitivo-conductual (variante), mientras que algunos expertos mencionaron la importancia de conocer la teoría interpersonal (variante).

Categoría (2): Ser activo.

Esta categoría estuvo estrechamente relacionada con el dominio de las habilidades técnicas, los participantes refirieron que las intervenciones deben ir acompañada de una actitud activa del/la terapeuta durante la sesión. Imaginándonos que un paciente está sentado frente al terapeuta, este último debe estar "inclinado hacia adelante" (concepto utilizado por la Terapeuta 3, véase más adelante), actitud que es responsiva con las expectativas que traen los pacientes.

Pacientes manifestaron esta categoría de ser activo, cuando expresaban sus expectativas respecto a la forma de vincularse e intervenir por parte del terapeuta en la sesión. Por ejemplo, que el terapeuta les ayudara a sacar algo limpio de la sesión (típico); asimismo, esperaban que el conjunto de intervenciones llevadas a cabo por su futuro psicólogo requiriera de un terapeuta que participara activamente, escuchando activamente, recordando lo trabajado en sesiones anteriores (típico); otorgándoles directrices para resolver problemas (típico), incluso que el terapeuta propusiera actividades más lúdicas para

interactuar en la sesión (típico). La cita del paciente 15 refleja esta última expectativa: “Que el psicólogo intente interactuar con actividades entretenidas, para que la gente suba su autoestima, nos ayude... como en personalidad como hacer un dibujo, hacer cosas interesantes, didácticas” (P15)

Los psicólogos mencionaron típicamente ser activos, mientras que los expertos lo mencionaron de forma general. El significado de ser activo iba en la línea de aprovechar al máximo cada sesión para levantar información, elaborar y cuidar el vínculo sosteniendo una disposición enérgica con el paciente.

El ser activo se sustentaba principalmente en el hecho de que es muy probable que los pacientes en diversos contextos institucionales de atención, tengan dificultades para mantenerse en un proceso terapéutico, ya sea porque los pacientes tienen dificultades económicas para gastar en traslados, les dificulte conseguir permisos laborales o conciliar los tiempos para asistir a terapia o porque lamentablemente, el centro no puede ofrecerles procesos de larga duración, como es el caso de los centros APS. La terapeuta 3 afirmó que tener una “actitud activa” significaba: “no ir de brazos cruzados, pensando que tienes todo el tiempo del mundo para recopilar información, ¡no! Hay que ser activo, preguntar, comprender e intervenir”.

Además, el ser activo también atañe la cualidad en que el terapeuta se debe relacionar con el paciente, como señala la experta 8, respecto a que se debía tener una actitud activa “pero no reactiva”, señalando que: “Se ha visto y comprobado en todo el mundo que en pacientes con patología de la personalidad [depresiones complejas] funciona una actitud fluida, enérgica y activa”. También emerge esta actitud en la narrativa de terapeutas (ver cita del terapeuta 8 más adelante).

Categoría (3): Ser comprometido, demostrando interés por ayudar, y ayudándose a ser mejor profesional.

La capacidad de ser comprometido teniendo un importante nivel de involucramiento con el proceso de ayuda al paciente, fue mencionado de forma general

por terapeutas, y en la mayoría de los pacientes y expertos. Este compromiso se ve reflejado tanto a nivel profesional, demostrando su vocación por ayudar y por hacerse cargo de aspectos personales del paciente que pueden influir negativamente en el trabajo terapéutico; junto con ser capaz de demostrar a un nivel más afectivo que está interesado en ayudar a su paciente y lo que a este le ocurra.

La cita del terapeuta 5, habla respecto al ser comprometido y su relación con otras habilidades personales y profesionales:

Creo que un buen psicólogo es alguien que, para empezar, tiene un fuerte compromiso con lo que hace, con la profesión, con los demás, porque eso te lleva a estudiar, a reflexionar, a hacer trabajo personal... te lleva a todo lo que es importante (Terapeuta 5)

Algunos pacientes, también mencionaron la responsabilidad profesional como un indicador de cuán comprometido o interesado se encuentra el terapeuta, por ejemplo, algunas conductas negativas del terapeuta como el faltar a una cita sin avisar, el atenderlos atrasados, estar con sueño o pendientes de la hora en vez de estar concentrados en lo que su paciente le está contando, los hacía pensar que el terapeuta no estaba interesado en ayudarles. La cita de la paciente 6 ilustra estas ideas:

Yo creo que es importantísimo que el psicólogo sea responsable...que no me deje botada en las sesiones...que no esté pendiente de otras cosas... que, si va a ver la hora, no se note. (Se ríe) Eso es importante, porque es como re fome cuando uno está contando sobre sus emociones y de repente... filo...porque trata de ver el celular y se le va [...] espero que él sienta que en verdad es interesante lo que le estoy diciendo (Paciente 6)

Para garantizar que el terapeuta sea capaz de ser comprometido con su paciente a un nivel más vincular, el terapeuta requiere desarrollar otras habilidades interpersonales, como: demostrar

interés por atender a su paciente (típico en pacientes y terapeutas); ser empático (mencionado típicamente por pacientes y expertos, y por algunos terapeutas); y estar emocionalmente sintonizado (mencionado por algunos pacientes y terapeutas).

Categoría (4): Ser flexible.

La categoría de ser flexible en la propia práctica profesional fue mencionada en general por terapeutas y expertos. Ambos grupos coincidieron en la importancia de ser flexible en la adhesión al propio modelo (expertos) y en no volverse rígido dentro del propio enfoque teórico (terapeutas). Pero los profesionales también se refirieron a la capacidad de ser flexibles a la hora de tratar a todo tipo de personas, todo tipo de demandas, y de saber cuándo tomar distancia sobre la “neutralidad” que se enseña en la universidad (“la fantasía de la neutralidad”, mencionada por la Terapeuta 12). Esta habilidad también requiere conocimientos previos sobre el contexto de atención, el sistema de salud y de tener experiencia con la población usuaria. A estos puntos aludió el Terapeuta 6, quien afirmó que, en estos encuadres “fue necesario volverse bastante flexible y relativizar ciertas reglas enseñadas en la universidad, para mostrarse más cercano a los pacientes” (Terapeuta 6).

En este sentido, los conocimientos previos permiten a los profesionales abrirse a la posibilidad de ser flexibles respecto a su papel como clínicos (salir del marco terapéutico clásico) e incorporar nuevas estrategias más allá de lo aprendido en su formación como “terapeuta de práctica privada”. Así, un terapeuta consciente del contexto y la situación vital de sus usuarios es capaz de deconstruir sus “dogmas” y ser más flexible para adaptarse a las necesidades de sus pacientes, estableciendo un vínculo más estrecho con ellos y también -a un nivel más específico- desarrollando un repertorio más amplio respecto al funcionamiento de otras herramientas clínicas que puedan diferir de su modelo terapéutico de elección. La terapeuta 12 expuso algunas de estas ideas centrales:

“En términos de competencia la flexibilidad, teniendo en cuenta que en APS a menudo tienes que salirte de tu papel de terapeuta, en contraste con lo que haces en tu consulta privada, es decir, en términos de encuadre, aquí, tienes que ser más flexible para permitirte incorporar otros personajes en el proceso psicoterapéutico, como la familia del paciente, su pareja, su hijo... también, esa flexibilidad para salir de esa ‘fantasía de neutralidad’, que es bastante irrelevante para lo que tienes que hacer aquí, para que te permita establecer un contacto más genuino con la persona” (Terapeuta 12)

La experta 4, señala que es necesario cambiar la relación de los terapeutas con los manuales de tratamiento, permitiéndoles ser más flexibles como forma de prestar la atención que los pacientes necesitan, teniendo en cuenta su perspectiva y contexto:

“Creo que tenemos que cambiar nuestro punto de vista con respecto al uso de estos modelos psicoterapéuticos rígidos. Por ejemplo, programar sesiones semanales durante un periodo de ocho meses... ¡muchos pacientes no necesitan eso! [...] Tengo pacientes que me dicen: ‘Doctora, no tengo tiempo de venir a terapia, tengo que ir a trabajar’. Y yo les respondo: ‘anda a trabajar, porque si te sientes bien cuando estás trabajando.’ ¿Entiendes lo que quiero decir? Creo que necesitamos indicaciones terapéuticas flexibles. Ser flexibles, es decir, preguntar lo que los pacientes necesitan que se les pregunte, indicar lo que los pacientes necesitan... ese es mi punto” (Experta 4).

Categoría (5): Construir y cuidar el vínculo terapéutico.

Las cuatro categorías anteriores -tener un background de conocimientos que permita adaptar la intervención; ser activo, ser comprometido y ser flexible- en su conjunto permiten la construcción del vínculo con el paciente, y también contribuyen a cuidar ese vínculo durante el proceso de ayuda. Este es el modelo que emerge a la luz de la integración

de la perspectiva de los protagonistas (pacientes, terapeutas, y expertos).

Desde la perspectiva de los pacientes, este vínculo les permite sentirse “únicos” para su terapeuta, sintiéndose que son importantes para el/ella cuando el terapeuta está presente de forma activa en la relación de ayuda compartiendo su opinión, recordando, prestando atención, estando en sintonía, etc. Este punto de vista se ilustra en la entrevista con la Paciente 1, quien describe cómo le gustaría que fuera su nuevo terapeuta, señalando las habilidades técnicas e interpersonales del terapeuta para generar y cuidar el vínculo entre ambos, tal y como ella afirma:

Tal vez sería deseable... por ejemplo, que hubiera una forma de que el profesional recordara más que a través de un registro de pacientes o una ficha clínica... por lo que está pasando ese paciente. ‘Oh, así que estás lidiando con esto’ ‘Viniste por esto’, ‘has hecho algunos progresos... ¿te acuerdas?’. Sería realmente importante: ‘¿recuerdas que me dijiste esto la última vez?’ Inmediatamente verías que la otra persona está conectada con el momento presente... es difícil porque hay muchos pacientes... pero es importante que uno sienta que... es la única. No se trata de egocentrismo; lo que pasa es que uno necesita ayuda. Sé que todo el mundo viene aquí buscando lo mismo, pero sería estupendo que [los psicólogos]... tuvieran la capacidad de comprometerse plenamente con el paciente, más que cualquier otro profesional (Paciente 1)

Este extracto de entrevista muestra lo importante que es para los pacientes con depresión sentirse parte de un vínculo (terapéutico), en el que el terapeuta se muestra activo y comprometido con el paciente, el terapeuta “le dice algo” (competencias técnicas), muestra interés por atenderle y le hace sentirse único (competencias interpersonales). Sin embargo, debido principalmente a la gran demanda de atención en los centros de atención primaria, a menudo es difícil tener en cuenta las necesidades de los pacientes en todo momento. Este hecho puede desencadenar una situación compleja tanto para el

paciente como para el terapeuta, como sugirieron los expertos. En este sentido, el Experto 2, ofreció indicaciones sobre cómo abordar las expectativas de atención que poseen pacientes depresivos, como la paciente recién citada, que resultan desafiantes de cumplir en contextos de atención que no son ideales. Su punto de vista se ilustra en la cita:

Así que, si un paciente siente que no te has acordado lo suficiente o que no son lo suficientemente especiales, creo que es muy importante reconocer que debe ser terriblemente doloroso para ellos [...] Así al menos no intentas inventar una excusa y decir ‘bueno, veo a ocho pacientes al día. ¿Cómo voy a acordarme de todo?’ o “mi trabajo es muy difícil”... ¿Sabes? Creo que podemos tender a tener estos impulsos de estar a la defensiva, pero si en lugar de eso podemos ser validadores, creo que eso es realmente importante”. (Experto 2)

De este modo, el Experto 2 introduce una habilidad necesaria para abordar de forma constructiva las necesidades de atención de los pacientes, que, como se señala en las citas anteriores, pueden ser muy exigente para los terapeutas. Esta habilidad es la capacidad de manejar los sentimientos negativos intensos que surgen en la relación terapéutica (mencionado típicamente por terapeutas y expertos); y de esta forma, evitar que el vínculo se tense por una reacción impulsiva del terapeuta, lo que eventualmente decantaría en hacer sentir al paciente que está siendo rechazado o desestimado por su terapeuta. Parte del saber manejar estos sentimientos negativos en el terapeuta, es validar justamente las necesidades afectivas y las expectativas de atención de los pacientes.

Lo anterior es ejemplificado por el Terapeuta 8, quien destacó que en el contexto de atención primaria, y al trabajar en otras instituciones de salud mental -donde existe una gran lista de espera- no se puede perder la oportunidad de ayudar. En sus palabras, hay que ser un “generador de vínculos”, pero no de cualquier vínculo. Desde su perspectiva, este vínculo requiere que el terapeuta sea activo y

muestre interés en ayudar al paciente a resolver sus conflictos, mostrando a menudo un fuerte compromiso emocional con el paciente en la intervención. Como él mismo afirmó:

Aquí [en APS] hay que ser un generador activo de vínculos. Eso es lo básico, pero no es el vínculo tradicional. Recuerdo casos en los que la tensión aumentaba y aumentaba, y el paciente podía salir dando un portazo... y al principio, les permitía irse... pero luego aprendí que no debía hacer eso, así que cuando notaba que el paciente iba por ese camino, le decía 'no, no, ¿sabes qué? No te vayas; no necesito que te vayas así, enojado'. ¿Por qué? Porque estamos repitiendo tu patrón y yo quiero ayudarte, así que voy a dejar de discutir contigo'. Entonces, por eso hay que cuidar el vínculo (Terapeuta 8)

La capacidad de construir y cuidar el vínculo también incluye la capacidad de ser humilde. En general, los terapeutas destacaron esta cualidad, y los expertos también la señalaron de forma típica. Según los entrevistados, ser humilde facilita que los terapeutas reconozcan sus errores, como señala el Experto 2:

Creo que una forma de construir una relación es estar dispuesto a ser humilde, a admitir que has dicho algo que es un error, o que has dicho algo que puede herir a alguien, o que has dicho algo insultante. (Experto 2)

La capacidad de ser humilde está estrechamente relacionada con la metacomunicación, como proponen algunos expertos. De este modo, la humildad genera en el terapeuta una disposición de "no omnipotencia" (Experto 4) hacia los pacientes. Por el contrario, demuestra una disposición de respeto y de no-juicio en el trato con el paciente. La humildad también permitiría reconocer cuándo no se está produciendo la correspondencia esperada con los pacientes, como señaló la Terapeuta 16:

Yo creo que hay que ser súper humilde, y súper ético también, para entender que, si uno no se vincula,

no es que uno sea malo, ni que el otro sea malo; es que somos seres humanos, y somos diferentes, y hay cosas que nos vinculan y cosas que no nos vinculan [...]" (Terapeuta 16).

La humildad facilita que el terapeuta reconozca las limitaciones del vínculo y "dé un paso al costado" (Terapeuta 16) para buscar otro profesional que pueda ayudar mejor a ese paciente. Se observó que esta competencia interpersonal está asociada al ámbito de las competencias profesionales, a través de la capacidad de ser flexible, tener conocimientos personales y saber cuándo derivar.

En resumen, considerando el modelo de competencias emergentes, la capacidad del psicólogo para mostrarse comprometido con el proceso de ayuda y con la persona, facilita la construcción de un vínculo terapéutico. Tener conocimiento del sistema de salud, de quiénes son los usuarios que asisten a los centros de atención, junto con ser flexible en su rol profesional, contribuye a saber qué hacer y a adaptar la intervención a las necesidades de los pacientes, lo que también ayuda a construir el vínculo, y fortalecerlo. La capacidad de ser activo en la sesión, por un lado, responde a las expectativas de encontrarse con un terapeuta que está con el foco puesto en ayudar al paciente, demostrando su interés por que el paciente se vaya con algo significativo de la sesión.

A la luz de los hallazgos, se propone que el vínculo, su construcción y su cuidado se conviertan en una experiencia interpersonal que puede resultar novedosa para un paciente deprimido, en términos de encontrar por fin un espacio en el que pueda experimentar una acogida para sí mismo y para su sufrimiento, como señala el Experto 2:

La idea de ser feliz o estar contento o dejar de estar deprimido es tan extraña y probablemente tan amenazante[...] Creo que podemos crear una nueva experiencia interpersonal, una en la cual la otra persona pueda interiorizar y decir: '¡oh! Puedo estar en una relación en la que se me permite decir lo que necesito, y está bien'. (Experto 2)

DISCUSIÓN

El objetivo de este artículo fue presentar las competencias centrales que emergieron de un estudio cualitativo exploratorio desde la perspectiva de pacientes, terapeutas y expertos, que se abocó en proponer un modelo de competencias psicoterapéuticas para el manejo de la depresión en contextos institucionales y APS.

Estas competencias apuntan a tener un background de conocimientos que permitiera a los psicólogos adaptar la técnica a las necesidades y contexto de vida de los usuarios, el ser activos, flexibles y comprometidos a la hora de ayudar al paciente, facilita la construcción y el cuidado de un vínculo terapéutico con el paciente depresivo.

Cabe señalar que una relación terapéutica positiva, la participación activa entre cliente y terapeuta, y las cualidades de ser cálido, empático y la aceptación son factores comunes en psicoterapia (Lambert, 2013), que incluso han demostrado ser más importantes en términos de su contribución a los resultados de la terapia, en comparación con componentes específicos de cada enfoque clínico (Wampold, 2015). La capacidad de construir y mantener una relación terapéutica es un componente de los dominios de competencia interpersonal o relacional en los diversos modelos de competencia que se encuentran en la literatura (ej. modelo PHC, McDaniel et al., 2014; modelo contextual, Anderson y Hill 2017; Grupo de Referencia de Expertos, Roth, 2015).

La capacidad de ofrecer y cuidar el vínculo terapéutico con los pacientes deprimidos es especialmente importante a tener en cuenta cuando se trata de contextos asistenciales precarios -como la APS-, ya que estos espacios llevan a que los profesionales se sientan desbordados y sin herramientas para hacer frente a las necesidades asistenciales de algunos pacientes más difíciles de manejar (Barley et al., 2011; Fischer et al., 2019; Haas et al., 2005; Koekkoek et al., 2006).

Los terapeutas entrevistados manifestaron experimentar emociones negativas en la atención a pacientes deprimidos (más detalle en Zúñiga, 2021), y

por otro lado, los pacientes expresaron la necesidad de sentir un vínculo único y especial con el terapeuta, apareciendo una demanda concreta de ver a un terapeuta comprometido (empático, implicado y en sintonía) con su persona y sufrimiento (más detalle en Zúñiga, 2021). En este contexto resulta relevante la incorporación de competencias como ser activo (“inclinado hacia adelante”), y estar comprometido con el paciente (“ser empático, mostrar interés por el paciente”, “recordar lo trabajado en sesiones anteriores”), junto con una de las competencias interpersonales más saturadas desde la perspectiva de los pacientes, que está relacionada con ser acogedor, mostrar calidez, no juzgar lo que dice o hace el paciente (Zúñiga, 2021; Zúñiga et al, 2023)

Este conjunto de competencias, que cumplen con satisfacer las expectativas de los pacientes de “encontrarse con un buen terapeuta” a nivel interpersonal y personal, está en completa consonancia con otros estudios, Weitzkamp et al (2017) encontraron que pacientes adolescentes con depresión deseaban encontrar “el terapeuta perfecto para ellos”, lo que engloba cualidades de los profesionales que se ajustaran a las expectativas de estos pacientes. Por otro lado, Van Grieken et al (2014) encontraron que los pacientes referían como obstáculos para su tratamiento, además de la falta de claridad y consenso sobre la naturaleza de la depresión y los objetivos del tratamiento, una pobre relación con su tratante, debido a falta de vínculo y capacidad para generar confianza. Hallazgos que apuntan a las habilidades interpersonales necesarias para proporcionar a los usuarios con depresión una experiencia emocional (interpersonal) correctiva (Lambert, 2013; Gunderson & Links, 2014).

Como se observó en las entrevistas, parte de cuidar el vínculo es saber manejar las emociones negativas intensas de los tratantes, y también saber reparar la relación, habilidad que fue mencionada por algunos expertos a través de la *metacomunicación*, pero que tiene un alto respaldo empírico (Safran et al., 2001). Es importante considerar que la capacidad de reparar las rupturas de la alianza en casos tratados en APS, conlleva mejores resultados terapéuticos,

incluso en comparación con terapias sin patrones de rupturas (Larsson et al., 2018). Esta competencia, es aún más relevante en el manejo de pacientes con hipersensibilidad interpersonal que está presente en los estilos depresivos (autocrítico y dependiente) (Hermanto et al., 2016; Overholser & Dimaggio, 2020; Fazaa & Steward, 2003), y en las patologías de personalidad (Behn et al., 2018; Gunderson & Links, 2014).

Como se aprecia en este artículo, las competencias sistematizadas están fuertemente orientadas a establecer una relación terapéutica focalizada en las necesidades de los consultantes con depresión, donde el terapeuta debe adaptar flexiblemente sus técnicas y acciones a los requerimientos contextuales y vinculares, lo que está en línea tanto con el modelo de factores comunes MFC (Lambert, 2013; Wampold, 2015), como con los conceptos de assimilative integration competency (Boswell et al., 2010), appropriate responsiveness (Stiles & Horvath, 2017) e indicación adaptativa (de la Parra et al., 2019; de la Parra et al., 2023).

Justamente en APS, lo que se necesita es que los psicólogos y psicólogas a cargo de realizar las atenciones individuales psicoterapéuticas, puedan ofrecer un proceso acotado en el tiempo, que sea sensible a pesquisar eso que los pacientes necesitan para salir adelante (Zúñiga, 2021; Zúñiga et al, 2023) para así ajustar la intervención y ofrecer una ayuda focalizada (de la Parra et al., 2019), considerando su teoría del enfermar, sus expectativas a nivel de cambio, y sus necesidades a nivel relacional, visibilizando las vicisitudes y validando, en la intimidad del box aquellas necesidades que surgen del contexto de vida particular de esa comunidad que se atiende en APS.

Conclusiones e implicancias en el contexto de salud mental pública

La práctica basada en la evidencia se sustenta sobre tres pilares (APA, 2021): la mejor evidencia disponible, el expertise del clínico y las características,

cultura y preferencias del paciente. A través de este trabajo le hemos dado voz sistemática y empírica, tanto al paciente como al clínico, en su calidad de tratante como de experto. De esta manera, pensamos que hemos contribuido con evidencia a mejorar la expertise del clínico. Ese expertise, en el caso del tratamiento de la depresión, debe enriquecerse, de acuerdo a la información recogida, tanto de conocimiento bien concreto como abordaje de las crisis, riesgo suicida, trauma, reparación de rupturas de la alianza, entre otros, como del *uso consciente* de la relación terapéutica como palanca de cambio. Interesantemente, de este trabajo no se deriva un manual de una nueva psicoterapia, pero sí caminar hacia un modelo de competencias que complemente las habilidades que los psicólogos que trabajan en instituciones ya tienen, y que al apoyarse en el modelo de factores comunes (Lambert, 2013; Wampold, 2015), respeta y les da sentido a las diversas orientaciones teóricas de psicólogas y psicólogos APS.

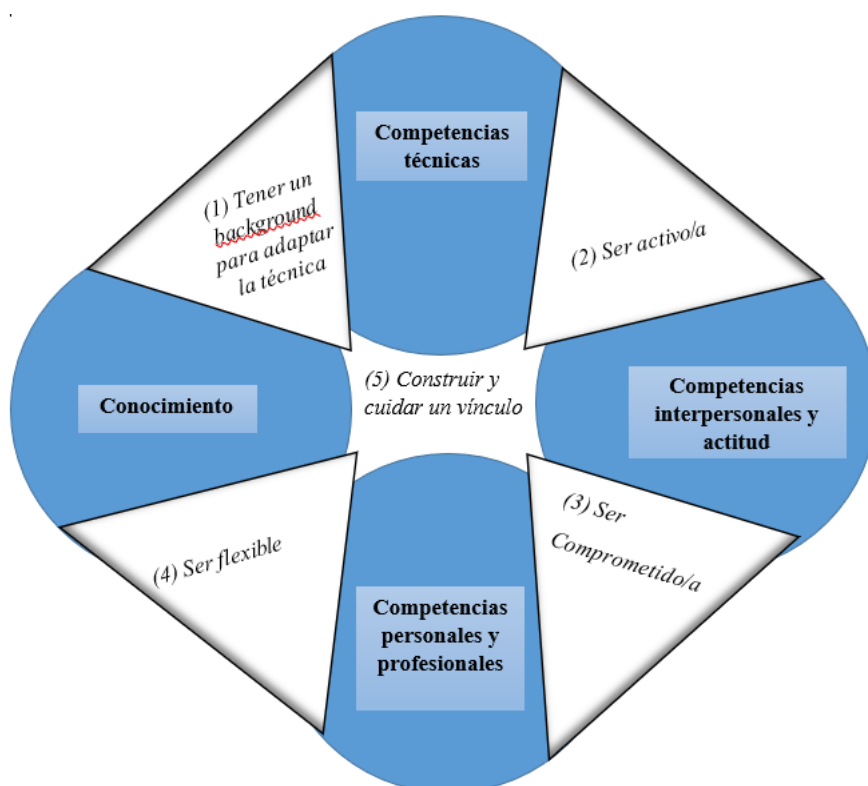
En ese contexto hemos publicado el libro mencionado más arriba, que propone competencias para la psicoterapia de trastornos depresivos en atención primaria de salud, y que está compuesto por 6 secciones que recopilan las competencias presentadas en este estudio a saber: Sección I, “Bases teórico-empíricas del modelo”, incluye la indicación adaptativa, factores comunes y las competencias deseables para los profesionales, como se ha explicado anteriormente. Sección II “Depresión compleja”, aborda la evaluación de disfunciones de la personalidad, el funcionamiento autocrítico y dependiente, y aspectos del trauma; junto con proponer habilidades para la regulación y sintomatología depresiva resistente. Sección III “Objetivos y metas del tratamiento, foco y crisis”, esta sección aborda la psicoterapia breve, foco en la estructura e intervenciones en crisis, Sección IV “Conceptualización, evaluación e intervención del riesgo suicida”, este capítulo habla del manejo de pacientes con riesgo suicida. Sección V “Relación terapéutica entre profesional y usuario. Conceptos y herramientas para su desarrollo y fortalecimiento”, se focaliza en la relación terapéutica, y rupturas

y reparación de la alianza. Finalmente, la sección VI “Dimensión social y redes en el manejo de la depresión en la atención primaria de salud” analiza la psicoterapia culturalmente informada y las competencias de los terapeutas para el trabajo en redes y comunitario.

Esperamos haber contribuido con competencias centrales que se convierten en herramientas amigables para ser utilizadas por los y las terapeutas que trabajan en el difícil contexto de la atención primaria.

Figura 1.

Propuesta de un modelo de competencias psicoterapéuticas desde la perspectiva de pacientes, terapeutas y expertos (as)



Nota: La figura muestra la dinámica entre los dominios de competencias (■) y algunas competencias centrales (▲) que contribuyen a la capacidad de construir y cuidar un vínculo terapéutico con consultantes con depresión en contexto institucional APS.

FINANCIAMIENTO:

Este trabajo fue apoyado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) / Programa de Becas / Doctorado Nacional/2016- 21161490; Iniciativa Científica Milenio ANID /Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad. La capacitación implementada a las psicólogas que trabajaban en APS se llevó a cabo con el financiamiento del Proyecto Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID)/FONIS N° SA19I0021.

AGRADECIMIENTOS:

Se agradece la participación de valiosas personas que apoyaron con sus conocimientos en distintas etapas de la investigación doctoral, entre ellas Lucía Nuñez, Paulina Araya, Pamela Fuentealba, Svenja Taubner, Graciela Rojas y Marianne Krause.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de interés.

REFERENCIAS

Acuña, J., Rdz-Navarro, K., Huepe, G., Botto, A., Cárcamo M. & Jiménez, J.P. (2016). Habilidades clínicas para el manejo de Trastornos depresivos en médicos generales en Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 144, 47-54. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872016000100007>

Alvarado, R. & Rojas, G. (2011). El programa nacional para el diagnóstico y tratamiento de depresión en atención primaria: una evaluación necesaria. *Revista Médica de Chile*, 139, 592-599. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500005>

American Psychological Association. (2021). Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care. <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf>

Anderson, T., & Hill, C. E. (2017). The role of therapist skills in therapist effectiveness. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (p. 139-157). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-009>

Barley, E. A., Murray, J., Walters, P., & Tylee, A. (2011). Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC family practice*, 12, 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-47>

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]. Clínica San Carlos de Apoquindo, Santiago, Chile.

Behn, A., Herpertz, S., & Krause, M. (2018). The Interaction Between Depression and Personality Dysfunction: State of the Art, Current Challenges, and Future Directions. Introduction to the Special Section. *Psyche*, 27(2), 1-12. <https://dx.doi.org/10.7764/psyche.27.2.1501>

Boswell, J. F., Nelson, D. L., Nordberg, S. S., McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2010). Competency in integrative psychotherapy: perspectives on training and supervision. *Psychotherapy*, 47(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/a0018848>

Celis-Morales, C. & Nazar, G. Cambios en la prevalencia de depresión en Chile y el mundo debido a la pandemia por COVID-19. *Revista Médica de Chile*, 150(5). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872022000500691>

Cuijpers P. (2018). The Challenges of Improving Treatments for Depression. *JAMA*, 320(24), 2529-2530. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.17824>

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C., & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current psychiatry reports*, 21(12), 129. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>

de la Parra, G., Crempien, C., Morales, S., Zúñiga, A.K. y Errázuriz, A. (Eds). (2022). Protocolo de entrenamiento en competencias psicoterapéuticas (PECP-2) para el tratamiento de la depresión en atención primaria de salud (APS). Pontificia Universidad Católica de Chile.

de la Parra, G., Crempien, C., Morales, S., Zúñiga, A.K. & Errázuriz, A. (Eds). (2023). *Herramientas psicoterapéuticas para el manejo de la depresión en APS*. Ediciones UC.

de la Parra, G., Errázuriz, P., Gomez-Barris, E. & 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.

de la Parra, G., Crempien, C., Morales, S., Errázuriz, A., Martínez, P., Zúñiga, A.K, Aravena, C; Ferrari, T; Castro, A. (2019). Entrenamiento de competencias para psicoterapia de los trastornos depresivos en APS. *Proyecto SA19I0021* (FONIS).

de la Parra, G., Zúñiga, A.K., Gómez-Barris, E., Dagnino, P., (2021). Complex depression in high-pressure care settings: strategies and therapeutic competences. De la Parra, G., Dagnino, P., Bhen, A. Eds. In: *Depression and Personality Dysfunction: An Integrative Functional Domains Perspective*, 213-244, Springer Nature

de la Parra, G., Zúñiga, A.K., Crempien, C., Morales, S., Errázuriz, A., Martínez, P., Aravena, C., & Ferrari, T. (2022). Delphi-validation of a Psychotherapeutic Competencies Training Protocol (PCTP) for the treatment of depression in primary care: evidence-based practice and practice-based evidence (Validación Delphi de un Protocolo de Entrenamiento en Competencias Psicoterapéuticas (PECP) para el tratamiento de la depresión en atención primaria: práctica basada en la evidencia y evidencia basada en la práctica). *Studies in Psychology*, 43(3), 546-582. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2127239>

Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide & life-threatening behavior*, 33(2), 172-185. <https://doi.org/10.1521/suli.33.2.172.22777>

Ferrando, L., Bobes, J. Gibert, S., Soto, M., & Soto, O. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*, versión en español 5.0.0. Instituto IAP.

Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P., & Díaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of clinical psychology*, 75(5), 898-911. <https://doi.org/10.1002/jclp.22765>

Gunderson, J. G., & Links, P. (Collaborator). (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Haas, L. J., Leiser, J. P., Magill, M. K., & Sanyer, O. N. (2005). Management of the difficult patient. *American family physician*, 72(10), 2063-2068.

Hermanto, N., Zuroff, D., Kopala-Sibley, D.C., Kelly, A.C., Matos, M., Gilbert, P., & Koestner, R. (2016). Ability to receive compassion from others buffers the depressogenic effect of self-criticism: A cross-cultural multi-study analysis. *Personality and Individual Differences*, 98, 324-332. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.055>

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>

Jiménez, J. P. (2002). Miradas sobre los puentes entre la práctica y la investigación en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 20, 61-74.

Juan, S., Gómez Penedo, J. M., Etchebarne, I., & Roussos, A. J. (2011). El Método de Investigación Cualitativa Consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): Una Herramienta para la Investigación Cualitativa en Psicología Clínica. *Anuario de Investigaciones*, XVIII, 47-56.

Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). “Difficult patients” in mental health care: a review. *Psychiatric services*, 57(6), 795-802. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.795>

Kohrt, B., Jordans, M., Rai, S., Shrestha, P., Luitel, N., Ramaiya, M., Singla, D. & Patel, V. (2015). Therapist competence in global mental health: Development of the Enhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 11-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.009>

Kutcher, S., Chehil, S., Cash, C. & Millar, J. (2005). A competencies-based mental health training model for health professionals in low and middle income countries. *World Psychiatry*, 4(3), 177-180.

Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169-218). Wiley

Larsson, M. H., Falkenström, F., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2018). Alliance ruptures and repairs in psychotherapy in primary care. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(1), 123-136. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174345>

Lemma, A., Roth, A., & Pilling, S. (2008). *The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy*. http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/psychodynamic_framework.htm

Makrinov, N., Scharager, J., & Molina, M. (2005). Situación Actual de una Muestra de Psicólogos Egresados de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Psykhé*, 14(1). <https://doi.org/10.4067/S0718-22282005000100006>

Marín, R., Martínez, P., Cornejo, J. P., Díaz, B., Peralta, J., Tala, Á., & Rojas, G. (2016). Chile: Acceptability of a Training Program for Depression Management in Primary Care. *Frontiers in psychology*, 7, 853. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00853>

McDaniel, S., Grus, C., Cubic, B., Hunter, C., Kearney, L., Schuman, C., Karel, M., Kessler, R., Larkin, K., McCutcheon, S., Miller, B., Nash, J., Qualls, S., Sanders, K., Stancin, T., Stanton, A., Sturm, L. & Bennett, S. (2014). Competencies for Psychology Practice in Primary Care. *American Psychological Association*, 69(4), 409-429. <https://doi.org/10.1037/a0036072>

Ministerio de Salud [MINSAL] (2013). Guía clínica AUGÉ depresión en personas de 15 años y más. *Series guías clínicas MINSAL*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Ministerio de Salud [MINSAL] (2017). *Guía Clínica: Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC_depresion_psicoterapia.pdf

Ministerio de Salud [MINSAL] (2018). *Encuesta nacional de Salud 2016-2017, Segunda entrega de resultados*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf

Minoletti, A. & Zaccaría, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. (1st ed.). World Health Organization.

Overholser, J. & Dimaggio, G. (2020). Struggling with perfectionism: When good enough is not good enough. *Journal of Clinical Psychology*, 76(11), 2019-2027. <https://doi.org/10.1002/jclp.23047>

Patel, V., Burns, J., Dhirga, M., Tarver, L., Kohrt, B. & Lund, C. (2018). Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17(1), 76-89. <https://doi.org/10.1002/wps.20492>

Patel, V. Chowdhary, N., Rahman, A. & Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 523-528. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.012>

Roth, A. (2015). Are competence frameworks fit for practice? Examining the validity of competence frameworks for CBT, psychodynamic, and humanistic therapies. *Psychotherapy Research*, 25(4), 460-472. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.906763>

Roth, A. D., & Pilling, S. (2007). *The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders*. Department of Health.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 406-412. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.406>

Scharager, J., & Molina, M.L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panameña de Salud Pública*, 22(3):149-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000800001>

Stiles, W.B., & Horvath, A., (2017) Appropriate Responsiveness as a contribution to therapist effects. In Castonguay, L., & Hill, C. (eds.) *How and Why Are Some Therapists Better Than Others? Understanding Therapist Effects*, (pp.71-84). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Zúñiga, C., Salas, G. (2015). Psicología en Chile: análisis de su historia, presente y futuro. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1125-1142. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.pcah>

Van Grieken, R. A., Beune, E. J., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., van Zwieten, M. C., & Schene, A. H. (2014). Patient's perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of affective disorders*, 167, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.065>

Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-777. <http://doi.org/10.1002/wps.20238>

Weitkamp, K., Klein, E., Hofmann, H., Wiegand-Grefe, S., & Midgley, N. (2017). Therapy expectations of adolescents with depression entering psychodynamic psychotherapy: A qualitative study. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 16(1), 93-105. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1268883>

Zuñiga, A. K. (2021). Construction of a workshop protocol on psychotherapeutic competences for the management of complex depression in institutional primary care setting [Tesis doctoral]. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Zuñiga, A. K., de la Parra, G., Nuñez, L., Krause, M. (2023) *What do you expect from psychological care? A qualitative study of depressed patient's expectations treated in university clinic and primary care settings* [manuscrito no publicado]. Escuela de Psicología Universidad San Sebastián, sede Santiago.