

PRAXIS PSY

Praxis Psy

FACULTAD DE PSICOLOGÍA,
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
SANTIAGO DE CHILE, DICIEMBRE 2023
ISSN 2735-695



udp

**Nº
40**

Praxis Psy

VOL. 25, NO. 40

DICIEMBRE 2023

ISSN 2735-695

EDITORIA EN JEFE

Elisa Ansoleaga
Universidad Diego Portales
<https://orcid.org/0000-0003-0182-0126>

EDITORIA ASOCIADA

Magdalena Ahumada
Universidad Diego Portales
<https://orcid.org/0000-0003-2838-0458>

EDITORIA NÚMERO TEMÁTICO

Javiera Duarte
Universidad Diego Portales
<https://orcid.org/0000-0002-7569-0048>

COMITÉ EDITORIAL

Camilo Pulido
Pontificia Universidad Javeriana
<https://orcid.org/0000-0003-1071-2784>

Adriana Kaulino
Universidad Diego Portales
<https://orcid.org/0000-0001-9936-3191>

Jonathan Evans
University of Glasgow
<https://orcid.org/0000-0002-9625-2071>

Christian Salas
Universidad Diego Portales
<https://orcid.org/0000-0001-7700-1341>

Arthur Arruda Leal Ferreira
Universidad Federal de Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-2059-8877>

Claudio Martinez
Universidad Diego Portales
<https://orcid.org/0000-0001-7866-9124>

Rudi Coetzer
Swansea University
<https://orcid.org/0000-0003-4505-7230>

DISEÑO DE PRODUCCIÓN:

Felipe Rabuco Q



Praxis Psy es una publicación editada por la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, Vergara 275, Santiago, Región Metropolitana, Chile.

Email: praxispsy@mail.udp.cl

Los artículos de Praxis están indexados en la siguientes bases de datos y repositorios: Latindex; Dialnet; Elektronische Zeitschriftenbibliothek EZB (Electronic Journals Library); WorldCat OCLC.

© 2023 by Universidad Diego Portales. All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, displayed, or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying or by any information storage or retrieval system, without the prior written permission from the Director of the journal.

CONTENIDOS

4

EDITORIAL
Javiera Duarte

7

RELATIONSHIP BETWEEN HOPELESSNESS AND SUICIDE RISK IN COLOMBIAN PRISON POPULATION IN PREVENTIVE DETENTION / RELACIÓN ENTRE DESESPERANZA Y RIESGO SUICIDA EN POBLACIÓN RECLUSA COLOMBIANA EN DETENCIÓN PREVENTIVA
Carlos J. Quintero-Cárdenas, Leidy R. León-Gamboa, Paula M. Romero-Charry, Laura D. Cantor-González, María A. Salamanca-Callejas, Cristian F. Rico-Martínez

24

PROGRAMA DE MINDFULNESS BASADO EN LA WEB PARA USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO (MW- APS) / WEB-BASED MINDFULNESS PROGRAM FOR PRIMARY HEALTH CARE USERS WITH MALNUTRITION BY EXCESS (MW-PHC)
Catalina Aravena Berríos, Javiera Duarte Soto

41

COMPETENCIAS PARA EL MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN EN CONTEXTOS INSTITUCIONALES APS: APRENDIENDO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROTAGONISTAS / COMPETENCIES FOR THE PSYCHOTHERAPEUTIC MANAGEMENT OF DEPRESSION IN INSTITUTIONAL PHC SETTINGS: LEARNING FROM THE PERSPECTIVE OF THE PROTAGONISTS
Ana Karina Zúñiga, Guillermo de la Parra, Maria Teresa Ferrari

60

AS REPERCUSSÕES DO CUIDAR: SAÚDE MENTAL DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS / THE REPERCUSSIONS OF CARING: FAMILY'S CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS MENTAL HEALTH
Samantha Garcia Falavinha, Scheila Beatriz Sehnem

78

TRES DIMENSIONES DEL CUIDADO DE ADOLESCENTES QUE HABITAN RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN: ESCUCHAR, ALOJAR Y ACOMPAÑAR / THREE DIMENSIONS OF CARE FOR ADOLESCENTS WHO LIVE IN SHELTERS: LISTENING, HOSTING AND ACCOMPANYING
Mauricio Eduardo García García

92

INTERVENCIÓN CRIMINOLÓGICA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO: IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO DE INTERVENCIÓN “FAMILIA/ PAREJA” PARA MUJERES CONDENADAS EN LIBERTAD VIGILADA, SISTEMA ABIERTO DE GENDARMERÍA DE CHILE / CRIMINOLOGICAL INTERVENTION WITH A GENDER PERSPECTIVE: IMPLEMENTATION OF THE “FAMILY/COUPLE” INTERVENTION MODULE FOR WOMEN SENTENCED TO PROBATION, OPEN GENDARMERIE SYSTEM OF CHILE
Marcia Poblete Castillo, Dangely Torrejón Zepeda, Leandro Huenchulaf Rojas

107

LA APLICACIÓN DE TECNOLOGÍAS DIGITALES EN TRATAMIENTOS PARA EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA / THE APPLICATION OF DIGITAL TECHNOLOGIES IN TREATMENTS FOR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER. SYSTEMATIC REVIEW
Sebastián Fernández, Andrés Roussos

122

CLIENTS' AND THERAPISTS' PERSPECTIVES ON THE ROLE OF THERAPISTS' VALUES IN PSYCHOTHERAPY / PERSPECTIVAS DE PACIENTES Y TERAPEUTAS SOBRE EL ROL DE LOS VALORES DE LOS TERAPEUTAS EN PSICOTERAPIA
María-Luz Bascuñán, Vania Martínez, Álvaro Jiménez-Molina

EDITORIAL

Recién en 1990 se acuñó el término “Medicina Basada en la Evidencia” (MBE) para referirse al uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible y actualizada para tomar decisiones sobre los pacientes (Saket, 1992) aun cuando las primeras publicaciones orientadas a la revisión crítica de estudios publicados en revistas médicas datan desde principios de los años 80.

Este concepto ha tardado un tiempo en trasladarse hacia el campo de la salud mental, producto de ciertas resistencias, desconocimientos, desacuerdos y desajustes con los métodos originales y la idea en sí de que consiste finalmente en “evidencia”. Y más tiempo aún ha tardado esta discusión en llegar a Latinoamérica y Chile.

No obstante, actualmente ya podemos decir que existe cierto consenso de que los lineamientos en salud y los tratamientos escogidos deben moverse en el marco de la Toma de Decisiones Informada en la Evidencia (en inglés: Evidence-informed decision making (EIDM)). Este modelo hace hincapié en que las decisiones deben basarse en la mejor evidencia disponible de la investigación, así como en otros factores tales como el contexto, la opinión pública, la equidad, la viabilidad de la aplicación, la sostenibilidad y la aceptabilidad de las partes interesadas (OMS, 2021).

En Chile hasta ahora, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) atiende al 77% de la población chilena, según la cuenta pública de 2022 de FONASA. Esto significa que más de la mitad de nuestros habitantes son impactados de manera directa por las decisiones y direcciones propuestas por el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025).

Sin embargo, con lo que contamos actualmente es con evidencia poco actualizada, bajo gasto del presupuesto nacional de salud para salud mental (Un poco más del 2% cuando la OCDE sugiere un gasto de al menos el 5-6%), lo que se traduce en poca inversión en salud mental, pocos recursos tantos humanos, materiales y económicos y un alto desgaste de aquellos que trabajan en esta área.

Por todo lo anterior, es fundamental hacer un uso adecuado de los recursos limitados que tenemos de la manera más eficiente y responsable posible. Y es en esa interacción donde la investigación en salud mental, específicamente la investigación local y contextualizada sirve como puente para mejorar la atención en salud mental y contribuir en la toma de decisiones adecuadas.

En ese sentido, y en línea con la EIDM creemos que la investigación local,

contextual y aplicada se convierte en una oportunidad para aportar con evidencia significativa y ajustada a nuestras necesidades, que nos permita pensar en lo que realmente se necesita, donde debiesen estar enfocadas las prioridades y hacia dónde queremos avanzar.

En este contexto, se desarrolla este número temático de la revista PraxisPsy, centrado en la intersección entre intervenciones psicosociales en salud mental y el desarrollo de programas y políticas públicas. En este número buscamos generar un espacio para visibilizar distintas investigaciones relacionadas con la salud mental, que tienen la particularidad de haber sido desarrollados en Chile y Latinoamérica, y que permiten pensar distintas problemáticas de salud mental desde distintos ángulos, contextos y actores.

Este número temático se compone de ocho artículos que presentan investigaciones desarrolladas en contexto latinoamericano y que abordan temas centrales relacionados con la revisión, creación y desarrollo de intervenciones y programas relevantes para los lineamientos de nuestras políticas públicas en el área de la salud mental. Cada artículo de este número es una pequeña contribución, desde su particular mirada, a generar un ecosistema de evidencias que permita integrar la producción de conocimientos con la aplicación de evidencias.

Así en el artículo de Quintero-Cárdenas et al. se estudia el suicidio en el sistema carcelario como un problema de salud pública importante de atender y la relación entre desesperanza y riesgo suicida según edad y tiempo de encarcelación. En la misma línea de salud mental a nivel carcelario, Poblete et al. desarrollan un programa de intervención criminológica para infractoras -con perspectiva de género- con el fin de disminuir el nivel de riesgo de reincidencia de las participantes y potenciar la reintegración social.

Otros dos artículos desarrollados por Aravena y Duarte, y Zúñiga et al., hacen referencia directa a programas y condiciones para la atención en salud primaria, con aportes concretos para el trabajo en un sistema saturado, con pocos recursos y con una amplia variedad de consultantes. Las primeras proponen un novedoso diseño para un programa de mindful eating basado en la web, apuntando a disminuir la malnutrición por exceso que comprende uno de los principales problemas de salud pública en el contexto de APS. El artículo de Zúñiga et al. presenta una contribución significativa para el manejo de la depresión en contextos institucionales y APS a partir de un modelo de competencias psicoterapéuticas centrales basado en la perspectiva de pacientes, terapeutas y expertos.

Desde una perspectiva más clínica el artículo desarrollado por Bascuñán et al., explora el rol de los valores personales de los terapeutas en

psicoterapia a partir de entrevistas semi estructuradas a terapeutas expertos y ex pacientes y la tensión entre traer o no traer los valores personales al espacio terapéutico. Se releva una importante pregunta sobre si es realmente posible dejar fuera los valores personales en un proceso relacional y cuáles serían los beneficios de hacerlo.

Fernández y Roussos realizan una revisión sistemática en la que se analiza la evidencia de 30 estudios empíricos sobre el impacto de la inclusión de tecnologías digitales en los tratamientos cognitivo-conductuales para el TOC en población adulta. Se cuestiona cómo es posible integrar y utilizar de manera ética y responsable las tecnologías digitales para favorecer intervenciones psicológicas ya existentes y desarrollar otras intervenciones innovadoras y eficientes.

Otro foco en salud mental, que representa un interesante aporte para este número tiene que ver con dos artículos que incorporan la idea de cuidado como un aspecto central para pensar intervenciones en distintos contextos. El estudio de García Falavinha y Sehnem se enfoca en cuidadores de pacientes con cáncer y las implicancias que asumir este rol puede tener para su salud mental. Específicamente revisan la presencia de síntomas ansiosos, depresivos, y de desesperanza en los cuidadores y proponen medidas para promocionar el establecimiento del cuidado de los cuidadores y estrategias de afrontamiento.

Finalmente, García reflexiona en su artículo sobre las prácticas de cuidado para adolescentes que habitan en residencias de protección, exponiendo cómo tres conceptos que refieren a formas de cuidado (escuchar, alojar y acompañar) pueden tener un impacto positivo en el desarrollo de estos adolescentes al visibilizarlos y permitirles establecer vínculos con otros, y propone algunas ideas para la revisión de nuestras políticas públicas en esta línea.

Esperamos que este número temático abra el debate y potencie la reflexión sobre la importancia de la producción de conocimiento local como insumo para la toma de decisiones de nuestras políticas públicas y utilizar la evidencia local disponible para promover y desarrollar la salud mental y el bienestar de las personas.

Javier Duarte, Editora Numero temático.

Relationship between hopelessness and suicide risk in Colombian prison population in preventive detention

Relación entre desesperanza y riesgo suicida en población reclusa colombiana en detención preventiva

Carlos J. Quintero-Cárdenas^{1,3}, Leidy R. León-Gamboa, Paula M. Romero-Charry³, Laura D. Cantor-González³, María A. Salamanca-Callejas³ y Cristian F. Rico-Martínez²

*Correspondencia:

Carlos J. Quintero Cárdenas
carquintero@unal.edu.co

RECIBIDO: MAYO 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Abstract

Background: Suicide is a public health problem of important consideration, and in the prison system it is one of the most frequent causes of death. **Objective:** To determine the level of suicide risk and hopelessness in Colombian inmates in preventive detention, and their possible relationship. **Method:** The present study is quantitative, with a comparative-correlational design, and an associative, descriptive, and non-experimental strategy. The participants were 100 Colombian inmates, aged between 18 and 65 years, who were in preventive detention. The sample was divided into two groups by age, and into two groups according to time in prison, this for the general analysis. The Beck Hopelessness Scale and the Plutchik's Suicide Risk Scale were administered. Descriptive, frequency, comparative and correlational analyses were developed. **Results:** hopelessness and suicide risk varied by age and length of incarceration, but without statistically significant differences ($p < .05$). Moderate, positive, and significant correlation between variables ($Rho = .59$; $p = .04$). **Discussion and conclusion:** The results suggest implementing adequate psychological assessment processes for these variables, and an adequate and constant accompaniment of persons detained for the first time in preventive detention.

Keywords: Hopelessness, Suicide risk, Inmates, Preventive prison, Prison system.

Resumen

Antecedentes: El suicidio es un problema de salud pública de importante consideración, y en el sistema carcelario es una de las causas de muerte más frecuentes. **Objetivo:** Determinar el nivel de riesgo suicida y desesperanza en reclusos colombianos en detención preventiva, y su posible relación. **Metodología:** El presente estudio es cuantitativo, con diseño comparativo-correlacional, y una estrategia asociativa, descriptiva y no experimental. Los participantes fueron 100 reclusos colombianos, con edades entre 18 y 65 años que estaban detenidos de forma preventiva. La muestra se dividió en dos grupos por edad, y en dos grupos según el tiempo en prisión; esto para el análisis general. Se les administró la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Se desarrollaron análisis descriptivos, de frecuencia, comparativos y correlacionales. **Resultados:** desesperanza y riesgo suicida que varía según la edad y el tiempo de encarcelamiento, pero sin diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$). Correlación moderada, positiva y significativa entre las variables ($Rho = .59$; $p = .04$). **Discusión y conclusión:** Los resultados sugieren implementar adecuados procesos de evaluación psicológica de estas variables, y un adecuado y constante acompañamiento a las personas detenidas por primera vez en detención preventiva.

Palabras claves: Desesperanza, Riesgo suicida, Reclusos, Prisión preventiva, Sistema carcelario.

1 Universidad Nacional de Colombia

2 Universidad INCCA de Colombia

3 Universidad Manuela Beltrán



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.

INTRODUCTION

Suicidal behavior is a multifactorial act, involving biological, social, cultural, socioeconomic and psychological factors. This is executed once difficulties arise in the subject's adaptive mechanisms to cope with environmental demands that produce emotional stress (Romero et al., 2018). Because of the above, it is now considered an international public health problem that is gradually and widely increasing (World Health Organization - WHO, 2021). According to this same organization, this behavior must have certain characteristics to be considered as a completed suicide: 1) performing an act that entails a consequence at the end; 2) act committed deliberately by a subject; 3) knowledge about the result of behavior, i.e., death; and 4) the expectation of imminently cessation of an unbearable situation. Regarding this last characteristic, García (2017) points out that suicidal behavior can be considered as a way out of a disordered life with multiple problems derived from everyday life, where the subject describes it as unsatisfactory, empty and meaningless.

As regards its prevalence, the WHO (2021) presents that about 703.000 people die each year for because of this cause, which corresponds to one death every 40 seconds; with this, is it presumed that deaths by suicide are greater than those of people who are murdered. Suicide rates increased by 17% between 2000 and 2019, with 77% of cases occurring in low and medium income countries (WHO, 2021). For the year 2019, more than 700.000 people committed suicide, i.e., 1 every 100 deaths (WHO, 2021). According to international studies, suicide represents a morbidity of 1.4%, being this, one of the highest rates registered in Eastern Europe, and one of the lowest in Latin America among young people aged 15 to 25 years (Rendón-Quintero & Rodríguez-Gómez, 2016).

For Colombia, in accordance with the Integrated Social Protection Information System (SISPRO), for the period between 2009 to 2016 the suicide rate increased year after year from 0.9 per 100.000 inhabitants in 2009 to 36.08 per 100.000 inhabitants between 2016 to 2017 (Ministry of Health and Social Protection,

2018). The National Administrative Department of Statistics - DANE (2021) refers that in Colombia the mortality rate by suicide has increased over time; it went from 5.1 per 100.000 inhabitants in 2005 to 5.9 in 2019. Among cities such as Bogota, Medellin and Cali, cases of suicide were registered where the majority were population between the ages of 12 to 49 years (Ministry of Health and Social Protection, 2018). Through SIVIGILA (Public Health Surveillance System), in Colombia, 26.202 cases of attempted suicide were reported in 2020, representing an incidence rate of 52 per 100.000 inhabitants (Ministry of Health and Social Protection, 2018). These attempts occurred in greater proportion in women (61.5%), in municipal capitals (81%); hanging/suffocation was a mechanism used in greater proportion by men (4.7% versus 3.1% in women) (National Institute of Health, 2022). By 2022, in capital cities such as Bogota, 399 suicides were reported, which constitutes an increase of 6.7% when compared to 2021 (National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, 2022); the estimated rate is 5 suicides per 100,000 inhabitants (Ministry of Health, 2022) and the population that contributes most cases to these statistics are those between 29 and 59 years of age, with a percentage of 29.35%.

One of the populations that has currently shown an increase in the prevalence rates of suicidal behaviors is that deprived of their personal liberty in prisons and/or penitentiary (PDPL), due to the influence of numerous factors and the psychological impact of a stay in prison (Alcántara-Jiménez et al., 2023). Research in Colombia reports a higher percentage rate of suicide among prisoners without sentence (7.5%) than among convicted prisoners (6.1%) (Serrano et al., 2020). In that regard, and as indicator of the magnitude of the problem, an approximate figure of 10.771.204 PDPL is globally reported for the year 2021 (World Prison Brief & Institute for Criminal and Justice Policy Research, 2021), and for countries such as Colombia, for today, according to the National Penitentiary and Prison Institute - INPEC (2023), a total of 101.084 PDPL remain, of which 24,187 are accused with intramural security measures; most of them are located in the central region of Colombia (7,616), and Bogotá alone

accounts for 1,764 of the total. In accordance with WHO (2000), in the beginning of this century, the suicide rate was 88/100.000, and the factor of incarceration was found to be one of the factors that caused the increase of this behavior, mainly in the population aged between 25 and 34. For people under 21 years of age, a suicide rate eight times higher than that of adults aged 25-34 years is reported (Cook, 2013).

Fazel et al. (2017), in their research, found that approximately 3.906 suicides occurred in prisons between 2011 and 2014 in 24 countries. According to sex, statistics from this research report 2.607 (93%) suicides in males and 203 (7%) suicides in females. Likewise, it is reported that six countries reached to have figures above 100 per 100.000 prisoners: Norway, France, Belgium, Portugal, Sweden, and Finland (Fazel et al., 2017). For countries such as England and Wales, the rates associated with suicidal behavior, specifically in women, are 20 times higher than in the general population, thus reaching the highest level in the rate of suicides in prison for the year 2016 (Fazel et al., 2017). For western countries, the reported statistics also support a high significance; specifically, in the United States, suicide is the third leading cause of death in prisons; and for Canada, the rate of suicide in prison is three times higher than that of the general population (Botero, 2019).

There are several factors that link these context with the development of suicidal behaviors: the first is social, and it is associated with interpersonal relationships with people who have a mental disorder, psychoactive substances abuse or suicidal behavior record; the second, related to life in the prison, in the testing of the people coping capacities of the PDPL, where in light of their dysfunctionality, feelings of hopelessness, distress, fear and uncertainty occur (Anbesaw et al., 2022; Marzano et al., 2016). To these factors are added the psychoactive substances use, the receipt of a sentence, judicial decisions, lack of leisure, death or illness of a family member, separation from relational contexts and ties, the presence of psychopathologies and the prison admission itself (Larrotta-Castillo, 2014; WHO, 2007).

It is important to note that according to the above,

the risk of suicide in the prison population seems to be higher than that of the general population; its rates are between 11 and 14 times higher (WHO, 2007). For authors such as Illana (2021) the stay in prison can be considered a traumatic event for the person, since there are different situations there that can trigger intense emotions; some examples of these are the authoritarian style by the prison guard and custody staff, the absence of loved ones and the high degree of uncertainty about the future; the latter is identified as generating high levels of stress (Illana, 2021). For this reason, and for additional variables considered in other studies, Lombeyda (2015) describes the condition of imprisonment as a triggering factor of anxious and depressive symptomatology in the population deprived of liberty.

Regarding hopelessness as a risk factor, it has been described as a trigger of suicidal behavior, since it is represented through a negative perspective towards the future (Jiménez & Linero, 2015), i.e., as a psychological state to which a person can arrive as a result of an experiential practice, which reduces to zero the possibilities of escape or evasion to different stimuli or aversive and unexpected situations, and which consequently leads to the appearance of deficits or negative alterations at the behavioral, motivational and emotional levels (Abello et al., 2016). Hopelessness, being the inability to respond to aversive situations or stimuli and, having a convergence with depressive traits, lack of dreams and deconstruction of goals in the subject, may be related to suicide (Siabato et al., 2017). Evidence of this is provided by research such as the one conducted with psychiatric patients where a correlation was found between suicide risk and hopelessness (Montaño et al., 2014). In another research conducted in a military population, hopelessness was found to be one of the most representative risk factors for suicidal behavior, in convergence with depressive states (Abello et al., 2016). For their part, Campo et al. (2019) affirm that people with high levels of hopelessness have a 6 times higher risk of suicidal ideation.

In the Colombian PDPL it was found that there is a significant correlation between suicide risk and

hopelessness. In research conducted in Tunja with a group of convicted inmates, a relationship was found between suicide risk, levels of hopelessness and depression, observing that those inmates with moderate or high levels of hopelessness tend to show greater suicidal risk behavior, while those without suicidal risk show mild hopelessness (Mojica, 2009). Other associated research is that of Medina et al. (2011) where they pointed out as the main result the relationship between suicide risk and depression, which is directly related to hopelessness; and that of Fuentes (2018), where hopelessness was identified as a factor that influences the development of greater risk of violence. At the international level, the panorama is similar; in Australia, it was found that one fifth of the prison population had attempted suicide and one third had experimented suicidal ideations (Larney et al., 2012); and in Wales, it was found that, by relating hopelessness and the probability of suicide, the affective component could constitute a strong predictor of suicidality (Gooding et al., 2015). Thus, the interest of some authors in indicating the prevalence of psychological symptomatology in prison population with and without conviction, where for Spain is even found the comorbidity between personality disorders, abuse or dependence on psychoactive substances, schizophrenia, major depression and anxiety (Botero, 2019; Garcia, 2012).

Mental disorders have been a factor that has been strongly associated with increased suicide rates. In prison in England and Wales, the clinical characteristics of 157 of 172 self-inflicted deaths in inmates were described, reporting that approximately 70% of the participants had at least one psychiatric diagnosis (Humber et.al., 2011). Psychological factors such as defeat and hopelessness are also reported as factors associated with suicidal thoughts and behaviors, especially in populations with psychiatric disorders, where schizophrenia, post-traumatic stress disorder and depression stand out (Bolton, 2007). In the United States, with men and women imprisoned in state correctional centers, it was found that, of the 18.185 inmates, 13.7% have attempted suicide in their lifetime, being 21.4% female sample and 78.6%

people of male gender (Stoliker, 2018). As associated factors, mental health is mentioned as a precipitating factor, being the presence of a psychiatric disorder, the one that represents the highest incidence in the suicide of these people (Stoliker, 2018). Specifically, it is reported that 25.3% of the sample reported having been diagnosed with some disorder, and 6.7% experienced hopelessness (Stoliker, 2018).

Research studies such as the present one is proposed from the legal-penitentiary psychology, making possible an empirical knowledge base of the prison reality in Latin American countries such as Colombia, but in this opportunity, through what is reported by people who are deprived of their personal liberty in a preventive manner. This can be used in various prevention and intramural intervention strategies with a greater framework of coverage, ratifying the importance of developing or sustaining protective measures for those who are not convicted. Therefore, the main objective is to determine the level of suicidal risk and hopelessness of a sample of Colombian inmates who are deprived of their individual liberty in pretrial detention, and the possible relationship between these study variables.

METHOD

Design of study

The present research is a quantitative study given that it oriented the characterization of the variables (suicide risk and hopelessness) apart from numerical data and with little subjectivity on the part of the participants and researchers (Hernández et al., 2014). The design is comparative-correlational, and supports an associative, descriptive, and non-experimental strategy (Ato et al., 2013), achieving to establish the variables description, the functional relationship between them, and the comparison of groups according to the age and time that participants had been deprived of their individual liberty at time of the assessment.

Participants

This study included participants who were PDPL in a Colombian prison (n = 100). All of them reported having entered prison for the first time. 100% of the sample was male, their ages ranged from 18 to 65 years (18 to 39 years: 48%; 40 to 65 years: 52%), and they belonged to low socioeconomic levels (strata 1: 62%; strata 2: 38%); most of the sample had not completed their formal education (69%). All of them were in intramural preventive detention, which means that they were being detained as PDPL and had not yet been found guilty of the crime (0 to 10 months of deprivation of their personal liberty: 51%; 11 to 20 months: 49%). The prison in which the participants were deprived of their liberty at the time of the assessment is an establishment that was built more than 50 years ago with a capacity to hold a total of 720 inmates. It currently has a capacity for 2910 people, which is exceeded by an overcrowding rate of more than 20%.

The sample size was defined according to the standard error method, where a minimum of 100 participants is recommended for studies with a confidence level of 95%, and the participants were selected through non-probabilistic convenience

sampling. People with any disease or disability that prevented them from completing the instruments (psychiatric, physical, neurological, and metabolic diseases) were excluded, as well as those people who were in prison as convicted PDPL. For the present study, the inclusion of persons with disease diagnoses may increase the level of bias and decrease the level of precision of the data, since the main interest is in determining the measurement of attributes in the absence of conditions that serve as confounding variables for their direct impact on the level of suicidal risk and hopelessness.

Instruments

Beck Hopelessness Scale (BHS), instrument of 20 items, with a true and false response. It allows the assessment of hopelessness or the attitude that the person has based on his/her well-being and expectations about himself/herself and the future (Beck et al., 1974). It seeks to measure hopelessness based on cognitive, motivational, and affective factors. The score allows one to obtain different levels: *normal or asymptomatic* (0 to 3), *mild hopelessness* (4 to 8), *moderate hopelessness* (9 to 14), and *severe hopelessness* (15 to 20). A score of 9 or more is considered a predictor of suicidal behavior (González, 2009). This instrument exhibits adequate psychometric properties for the Latin American population, specifically, for the Peruvian (Aliaga et al., 2006), Argentine (Mikulic et al., 2009) and Colombian populations (González, 2009). The reliability indices of the instrument in Spanish, measured with Cronbach's alpha, have shown some variations: $\alpha = .78$ in the study by Mikulic et al. (2009); $\alpha = .80$ in that of Aliaga et al. (2006); and $\alpha = .83$ in that of González (2009). Concurrent, factorial and differential validity is adequate according to these same studies.

Plutchik's Suicide Risk Scale, instrument of 15 items, and that assesses suicide risk in clinical and non-clinical population, through dimensions that show depression feelings, current suicidal ideation and the several self-harm attempts made (Plutchik y Van Praag, 1989). It has a score range from 0 to

15 where 0 would be equivalent to lower risk and 15 to higher risk. This instrument had adequate psychometric properties in its Spanish version (Rubio et al., 1998). The data can be interpreted as follows: *low or minimal risk* (normality = 0-5 pts), *risk of committing suicide* (mild/moderate depressive state = 6-10 pts.) and *high suicide risk* (severe depressive state = 11-15 pts.). This instrument presented adequate psychometric properties, showing a reliability of .90 and a sensitivity of 74% in its Spanish version (Rubio et al., 1998). Likewise, a Cronbach's alpha of the scale of .74 and a confirmatory factor analysis of optimal fit were found, resulting in an adequate instrument to detect suicide risk (Santana & Santoyo, 2018).

Procedure

Initially, the population sample was searched according to inclusion and exclusion criteria pre-established by researchers. For this, we had the support of National Penitentiary and Prison Institute (INPEC) and its main information system (SISIPEC). Was the sample was selected, authorization was obtained to enter to the prison, following the appropriate security measures, thus providing support for the administration of the test (Beck Hopelessness Scale and Plutchik's Suicide Risk Scale) with each of the participants. At the end of the application, the scoring of the instruments, their statistical analysis, and the final preparation of the research report were carried out.

Data analysis

Statistical analysis was performed using the integrated programming language environment Rstudio. For statistical analysis purposes, the sample was divided according to the criteria of age (Group 1: 18 to 39 years; Group 2: 40 to 65 years) and time of deprivation of personal liberty (Group 1: 0 to 10 months; Group 2: 11 to 20 months). Initially, and in accordance with the division by age groups and time in prison, we proceeded to the descriptive analysis of the data, establishing measures of central tendency

and dispersion, as well as frequency statistics. Subsequently, a normality test (Shapiro-Wilk) was performed where the results show a free distribution of the data; for this reason, the implementation of non-parametric tests was chosen for the general analysis of the data (association and comparison). For the comparison of the results by groups, we proceeded to analyze the possible heterogeneity of the independent samples by Mann-Whitney U test. Finally, to establish the bidirectional functional relationship between the variables, association analyses were performed using Spearman's correlation coefficient, which provides information on the strength of the association and its direction.

Ethical considerations

In the present study, compliance with principles such as autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice was guaranteed in accordance with ethical criteria for research with human beings of the American Psychological Association (2017), resolution 8430 (Ministry of Health and Social Protection, 1993) and the Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologist of the International Union of Psychological Science (IUPsyS, 2008). This research was approved by the ethics and research committee of the Psychology program of the INCCA University of Colombia, who reviewed and evaluated the evaluation protocol with persons deprived of liberty in one of their professional practice scenarios.

Initially, the select participants were informed, discussed, and clarified the procedures to be carried out in the research. It was indicated that in the present research the information collected would be kept confidential and would be used exclusively for the fulfillment of the pre-established research aims. Then, the informed consent form was signed and filled out, and those who decided to participate were informed of their right to know the results at the end of the research.

RESULTS

Descriptive data on hopelessness and suicide risk

According to the data obtained, and based on the distribution by age groups, it was found that people aged between 40 and 65 years present a higher level of hopelessness ($M = 4.98$; $SD = 3.09$) compared to people aged between 18 and 39 years ($M = 3.96$; $SD = 3.26$) (Table 1). Regarding the time in prison, a higher

mean score ($M = 4.73$; $SD = 3.49$) of hopelessness is found in people with time of deprivation of their personal liberty between 0 and 10 months, compared to those who exceed this time (Table 1).

In the suicide risk level, the results are similar. A higher mean score was found in people aged 40 and 65 years ($M = 3.98$; $SD = 2.94$) and in people who had been deprived of personal liberty for 0 to 10 months ($M = 4.14$; $SD = 3.11$); this, in comparison with the other age and time in prison groups (Table 1).

Table 1.

Descriptive analysis of hopelessness and suicide risk.

Category	Group	Variable	M	D.E.
Age	18 a 39 years	Hopelessness	3.96	3.26
		Suicide risk	3.90	3.04
	40 a 65 years	Hopelessness	4.98	3.09
		Suicide risk	3.98	2.94
Time in prison	0-10 months	Hopelessness	4.73	3.49
		Suicide risk	4.14	3.11
	11-20 months	Hopelessness	4.24	2.87
		Suicide risk	3.73	2.84

Nota: M (Arithmetic Mean), S.D (Standard deviation). Source; prepared by the authors.

Frequency analysis of hopelessness and suicide risk

Specifically, related to the categorizations by hopelessness and suicide risk levels obtained from the instruments administered, it was found that, for the hopelessness variable, most people (65.4%) aged between 18 to 39 report mild to moderate symptomatology. On the other hand, people between 40 and 65 years report a low frequency of non-asymptomatic level (25%). According to the length of time in prison, it was found that most people deprived of their personal liberty for 0 to 10 months (48.9%) present a hopelessness level distributed as follows: mild (47.1%) and moderate (11.8%). A similar situation occurs with people who have been deprived of liberty for more than 10 months. This people who have been deprived of liberty for 11 to 20 months, for the most part, report non-asymptomatic levels (51%).

For the suicide risk, people aged between 18 and 39 years and between 40 and 65 report mostly minimal suicide risk levels; their percentage rates are 72.9% and 75%, respectively. However, the results for both groups show people with moderate and severe levels for this variable.

The results are similar according to the length of time in prison. For people deprived of liberty for between 0 and 10 months, the level in which most participants are located is the minimum (70.6%).

For people deprived of liberty for more than 10 months, this same stage is the one in which most people report the highest frequency (minimum: 77.6%). Nevertheless, and as was the case with the distribution by age, there are people with moderate and severe levels for both groups in the distribution by time in prison.

At the moment of data collection, a total of 6 people (6%) in the sample reported having previously attempted suicide.

Comparative analysis of hopelessness and suicide risk between groups by age and time in prison

For the development of the comparative analysis, a normality test (Shapiro-Wilk) was performed to confirm the state of the distribution of data, and according to the results, a free distribution was obtained ($p < .05$), which led to the comparison of the independent samples through non-parametric methods.

In the comparative analysis by age groups and by groups distributed according to time of prison, no statistically significant differences were found ($p < .05$) (Table 2).

Table 2.

Comparative analysis of hopelessness and suicide risk between groups by age and time in prison.

Category	Variable	U M-W (significance)
Age	Hopelessness	.05
	Suicide risk	.83
Time in prison	Hopelessness	.59
	Suicide risk	.54

Nota: U M-W (U Mann-Whitney test). Source: prepared by the authors

Relationship between hopelessness and suicide risk in general population sample

Assuming free distribution of data, confirmed through the normality test, Spearman's correlation coefficient was run to determine the possible association between the variables of hopelessness and suicide risk. As a result, a moderate, positive, and significant correlation was obtained ($Rho = .59$; $p = .04$).

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The aim of this research was to describe the relationship between hopelessness and suicide risk in inmates in intramural preventive detention. In this regard, it was established as a specific aim to describe the current manifestation of these two variables among the different age groups (18 to 39 years and 40 to 65 years) of the population approached and according to the time in which the participants have been deprived of personal liberty in an intramural environment (0 to 10 months and 11 to 20 months).

A higher level of hopelessness was initially found in PDPL aged 40 to 65 years compared to those aged 18 to 39 years. Consistent with this, Stoliker et al. (2020) found that hopelessness is more prevalent in inmates older than 50 years, followed by inmates between the ages of 31 and 49 years; those who showed lower hopelessness scores were those between 16 and 30 and 30 years of age. The previous research, like the present one, reports a higher level of hopelessness in older adult inmates. In the same age groups (40 to 65 years) a higher level of suicide risk was also found, and in this regard, a related data, Mamchenko et al. (2018) found in their study with detained persons who are suspects and accused of committing crimes, that an elevated level of suicide risk is positively related to the age of the population; that is, to higher age, higher score on suicide risk.

Regarding the time in prison, a higher level of hopelessness was found in people who had

been deprived of personal liberty between 0 and 10 months than in those who had been deprived between 11 and 20 months, which could indicate that the level of hopelessness could be higher in the first periods of internment. Studies such as that of Slade et al. (2012), where 181 recently detained inmates (3 months) were described, confirms that hopelessness can be identified as higher at the beginning of the detention. However, it should be noted that this same investigation identifies a decrease in the level of this variable as time progresses, not necessarily, exceeding 10 months of hospitalization; it is possible to see its decrease between 2 and 6 months of deprivation of liberty. Furthermore, Mamchenko et al. (2018) point out in their research with inmates in pretrial detention, that the changes in hopelessness during the first months do not vary significantly; that is, hopelessness could decrease, without the change being substantial, and it could also begin to present slight increases after 6 months of stay in the detention center.

Also, in people who had been deprived of their personal liberty for 0 to 10 months, it is found that the suicide risk level is higher, and this coincides with the findings of Bukten & Stavseth (2021), who affirm that the suicide risk is more significant from the first day of incarceration and tends to decrease in the first 2 to 6 months. According to these same authors, as time in prison progresses, the level of risk tends to decrease, with lower levels occurring in those who have been deprived of their liberty for longer periods of time. Favril et al. (2017), for their part, affirm that, in the periods prior to 12 months of custody, inmates have a higher probability of developing suicidal ideation.

In the results, levels of hopelessness were found from mild to moderate in both age groups (18 to 39 and 40 to 65 years), prevailing the mild level, which leads to point out the low presence of this variable in the population sample detained preventively in Bogotá, Colombia. Comparatively with other investigations, it stands out that in studies such as Pratt and Foster, (2020), which had a convicted and non-convicted sample, the levels are contrary to those found in the present investigation. The levels presented

there, managed to indicate elevations that allow us to consider the magnitude of the problem, so much so, that their resulting scores were predictors of the suicidal risk presented for the evaluated population.

The research carried out by Gu & Cheng (2020) is mostly close to the results of the present study, indicating the presence of moderate levels of hopelessness in their population sample, associated with the belief in a just world, negative life events and non-suicidal self-harm. This research suggests the presence of hopelessness in different age ranges, but mostly in older adults, indicating as possible factors associated with affective processes, relationships and social support.

For the level of suicide risk, the results of the present research indicate low or minimum levels for the sample detained preventively. This finding is striking when considering that it is unusual and contrary to what has been reported in other researches with populations deprived of liberty. In this regard, Favril et al. (2021) report moderate and severe levels for the different age ranges, as happened with the minority of the participants in this study. These same authors report suicidal ideation and attempt as frequent in the participants, and associate it with the registered psychopathological and psychiatric morbidity. Stoliker et al. (2020) for their part, also point to cross-sectional data from a mental health survey that is contrary to that of this study, demonstrating the existence of a high suicidal risk for young and older adults.

Comparatively, no statistically significant differences were found in the level of hopelessness and suicidal risk in the groups by age, nor in the groups by time in prison, showing homogeneous levels for the sample of participants. The slight differences according to age and the time spent in detention direct attention to other study variables to recognize possible differences between population groups also deprived of their liberty. In this regard, Favril et al. (2020) are consistent in pointing out that variations in the level of hopelessness and suicidal risk can be better evidenced in comparisons with convicted persons, with people with different types of crimes committed,

with people with specific psychiatric diagnoses, and with people who consume psychoactive substances. For this study, the aforementioned variables were not taken into account, since being preventively detained, there is no conviction, and there is no crime committed; in addition, only people who did not have psychological and psychiatric diagnoses at the time of the evaluation participated.

At the correlational level, a moderate, positive (as one variable increases, the other increases) and significant relationship was found between hopelessness and suicide risk in the total sample, which is congruent with the existing literature on these two variables. However, to interpret this relationship, it is important to highlight that the scores were low for both variables, which could mean that the lower the hopelessness, the lower the suicidal risk. The sample evaluated, which was in preventive prevention, does not report clinically significant levels of hopelessness, nor a level of risk that is an alarm indicator, but as the data cannot be generalized, it is recommended to keep under observation and evaluation the behavior not only of convicted persons, but also of those who still have the presumption of innocence.

According to the correlational results obtained, it can be noted that other studies also report a significant relationship, but from the existence of higher levels of the evaluated attributes; an example of this is the research of Pratt and Foster, (2020) with convicted and pretrial population, where they found moderate levels of hopelessness as predictors of suicidal ideation. Also for his part Stoliker (2018) described the correlation between hopelessness and suicide attempt as moderate and positive; Gu and Cheng (2020) showed the positive relationship between hopelessness and non-suicidal self-injury; and finally, Mamchenko et al. (2018) identified the positive relationship between hopelessness and suicide risk.

All of the above could indicate that for the population deprived of liberty in prisons, hopelessness as a cognitive scheme could be a risk factor for suicidal behavior. But in this study, hopelessness, when represented at low levels for the preventive

population, does not constitute a factor that increases suicidal risk, but on the contrary, decreases it. This could be due to associated protective factors that were not considered as variables for the present study, and which are considered to open up new investigations with the preventively detained population; examples of these are: the personal characteristics of the participants, their stress coping mechanisms, their forms of bonding and interpersonal interaction, their motivations and their life projection.

Given the lack of publications developed in the country and internationally, in which these variables are evaluated in the pretrial detainee population, this study is a starting point for the generation of knowledge associated with populations that are not addressed at the risk of violating rights such as the presumption of innocence. Here the results point to positive aspects, which when compared with the convicted population, show the possibility of maintaining the penitentiary accompaniment that is being provided to the accused population, which could be established as a protective factor in the face of the different circumstances that the prisonization process brings with it.

Finally, and in accordance with the aim of this research, it is important to point out that the size of the sample and the statistical analyses developed should be taken into account when analyzing the conclusions, since they may partially limit their accuracy. The sample in particular does not represent the population in general, but only a part of it.

CONFLICTS OF INTEREST

We have no known conflict of interest to disclose.

REFERENCIAS

Abello, L., García, M., García, R., Márquez, J., Niebles, C., Pérez, P. (2016). Perfil cognitivo y prevalencia de depresión, desesperanza y riesgo suicida en jóvenes vinculados al primer nivel de formación en una escuela militar colombiana. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 299-311. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.3.9493>

Alcántara-Jiménez, M., Torres-Parra, I., Guillén-Riquelme, A. y Quevedo-Blasco, R. (2023). Los factores psicosociales en el suicidio de presos en prisiones europeas: una revisión sistemática y metaanálisis. *Anuario de Psicología Jurídica*, 33, 101-114. <https://doi.org/10.5093/apj2022a13>

Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A., Enríquez, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*. 9(1), 69-79. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4029>

American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>

Anbesaw, T., Tsegaw, M., & Endra, A. (2022). Suicidal behavior and associated factors among prisoners at Dessie town correctional institution, Dessie, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 22, 656. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04306-2>.

Ato, M., Lopez, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). "The measurement of pessimism: The Helplessness Scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>

Bolton, C., Gooding, P., Kapur, N., Barrowclough, C., & Tarrier, N. (2007). Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: We know they kill themselves but do we understand why? *Clinical Psychology Review*, 27(4), 511-536. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.001>

Botero-Ceballos L. E, Arboleda-Amortegui G, Gómez-Fernández A, García-Cardona M, Agudelo-Suárez A. (2019). Depresión en personas recluidas en centros penitenciarios: revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 21 (1):23-33.

Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European journal of epidemiology*, 36(10), 1075-1083. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>

Campo Llinas, L. V., Palma Altamar, A. M., & Paternina Castro, J. K. (2019). Descripción de ideación suicida y desesperanza de vida en jóvenes universitarios. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/3fa0c268-c6e8-486c-b7d7-8eb96655eccb/content>

Cook, T. B. (2013). Recent criminal offending and suicide attempts: a national sample. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(5), 767-774. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0567-9>

- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33 (2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C., & Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19-28. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.005>.
- Fazel S., Ramesh T., & Hawton K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30430-3.
- Fuentes, V.J. (2018). Desesperanza como factor de riesgo ante la ideación suicida en internos de establecimientos carcelarios y penitenciarias de alta y mediana seguridad del área metropolitana de Bucaramanga, provincia guanentina y comunera. <http://hdl.handle.net/20.500.12749/309>
- García-Guerrero, J., & Marco, A. (2012). El hacinamiento en las prisiones y su impacto en la salud. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14 (3), 106-113. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000300006&lng=en&tlng=en.
- Garcia, J., Garcia, H., Gonzalez, M., (2017). Un enfoque contextual - fenomenologico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), pp. 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- González, C. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en una muestra bogotana. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 17-30. [://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531001](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225531001)
- Gooding, P., Tarrier, N., Dunn, G., Shaw, J., Awenat, Y., Ulph, F., & Pratt, D. (2015). The moderating effect of coping and self-esteem on the relationship between defeat, entrapment and suicidality in a sample of prisoners at high risk of suicide. *European Psychiatry*, 30(8), 988-994. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.002.
- Gu, H., Lu, Y., & Cheng, Y. (2020). Negative life events and nonsuicidal self-injury in prisoners: The mediating role of hopelessness and moderating role of belief in a just world. *Journal of clinical psychology*, 77(1), 145-155. <https://doi.org/10.1002/jclp.23015>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez-Collado, C y Baptista-Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. 6 edición. Mcgraw Hill Education.
- Humber, N., Hayes, A., Senior, J., Fahy, T., & Shaw, J. (2011). Identifying, monitoring and managing prisoners at risk of self-harm/suicide in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(1), 22-51. doi:10.1080/14789949.2010.518245
- Illana, I & Thomas, H. (2021). Propuesta de un Programa de prevención del suicidio en la cárcel. *Behavior & Law Journal*, 7 (1), 23 - 34. <https://www.behaviorandlawjournal.com/BLJ/article/view/85/97>

Jiménez, M. P., & Linero, L. (2015). Riesgo suicida, desesperanza y factores asociados en personal privado de la libertad en un centro de reclusión militar en Colombia. *RFS Revista Facultad de Salud*, 7(1), 61-68. <https://doi.org/10.25054/rfs.v7i1.182>

Larney, S., Topp, L., Indig, D., O'Driscoll, C., & Greenberg, D. (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BioMedCentral Public Health*, 12(14). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-14>

Larrotta-Castillo, R., Luzardo-Briceño, M., Vargas-Cifuentes, S., & Rangel-Noriega, K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56(1), 83-95. <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>

Lombeyda A, Sontiago F. (2015). Factores de riesgo para depresión y ansiedad de internos privados de su libertad del centro de rehabilitación social Guaranda [Tesis de grado]. Universidad San Francisco de Quito.

Manchenko, A. M., Tsvetkova, N. A., Krotova, D. N., & Rydakova, A. I. (2018). Suicide risk among suspects and defendants in detention center. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 50(1), 1226-2231. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2018.12.150>

Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., & Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis*, 37(5), 323-334. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>.

Medina Pérez, O., Cardona Duque, D. V., Arcila, López, S. C. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina*, 13(23), 268-280. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462011000200004

Mikulic, I. M., Cassullo, G.L., Crespi, M. C., & Maraconi, A. (2009). Escala de desesperanza BHS (A. Beck, 1974): Estudio de las propiedades psicométricas y baremación de la adaptación argentina. *Anuario de Investigaciones*, XVI, 365-373. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945034>

Ministry of Health and Social Protection. (2018). Boletín de salud mental, conducta suicida. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Boletín 2. [Internet]. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin conducta-suicida.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin%20conducta-suicida.pdf)

Ministry of Health and Social Protection. Resolución 8430. Establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (4 octubre de 1993). <https://up.pe.libguides.com/c.php?g=1043492&p=7615241>

Ministry of Health and Social Protection. Notificación de la conducta suicida en Bogotá D.C. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-mental/suicidio/#_ftn4

Mojica, C. A., Sáenz, D. A., & Rey-Anaconda, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 38(4), 681-692. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a09.pdf>.

Montaño, S. H., Valencia Zableh, A., Caamaño León, B., & Ceballos Ospino, G. (2014). Riesgo suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Pensando Psicología*, 10(17), 43-51. <https://doi.org/10.16925/pe.v10i17.783>

National Administrative Department of Statistics - DANE. (2021). Salud Mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf>

National Institute of Health. (2022). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Intento de Suicidio. versión 1. Colombia. [https://www.ins.gov.co/buscador eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=49](https://www.ins.gov.co/buscador%20eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=49)

National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences (2022). Boletín estadístico mensual. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - CRNV. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/742818/Boletin_diciembre_2022.pdf

National Penitentiary and Prison Institute - INPEC. (2023). Tableros estadísticos. Intramural. Colombia. <https://www.inpec.gov.co/estadisticas-/tableros-estadisticos>

Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13(1), 23-34. doi: 10.1016/0278-5846(89)90107-3.

Pratt, D., & Foster, E. (2020). Feeling hopeful: can hope and social support protect prisoners from suicide ideation? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(2), 311-330. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789949.2020.1732445>

Rendón-Quintero, E., & Rodríguez-Gómez, R. (2016). Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.003>.

Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013). Psychosocial Characteristics and Social Networks of Suicidal Prisoners: Towards a Model of Suicidal Behaviour in Detention. *PLoS One*, 8(7): e68944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068944>.

Romero, H., Chulian, A., & Marquez, R. (2018). Comportamiento suicida, factores que lo desencadenan. IV Congreso virtual internacional de enfermería en salud mental. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-15-comu10.pdf>

Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Villanueva, R., Casado, M. A., Marín, J. J., Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61(2), 143-152.

Santana-Campas, M. A., & Santoyo Telles, F. (2018). Propiedades psicométricas de la escala riesgo suicida de Plutchik en una muestra de jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Avances En Psicología*, 26(1), 57-64. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1127>

Serrano Jaimes, L. Y., Villamizar Flórez, S. A., & Roa Uribe, A. P. (2020). Características Asociadas al Riesgo Suicida en Personas Privadas de la Libertad. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/18e7a1d1-710d-4369-a838-72136e741573/content>

Siabato Macías, E. F., Forero Mendoza, I. X., & Salamanca Camargo, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ADIS

Slade, K., Edelman, R., Worrall, M., & Bray, D. (2012). Applying the Cry of Pain Model as a predictor of deliberate self-harm in an early-stage adult male prison population. *Legal and Criminological Psychology*, 19(1), 131-146. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.2012.02065.x>

Stoliker, B. E. (2018). Attempted Suicide: A Multilevel Examination of Inmate Characteristics and Prison Context. *Criminal Justice and Behavior*, 45(5), 589-611. doi:10.1177/0093854818754609

Stoliker, B. E., Verdun-Jones, S. N., & Vaughan, A. D. (2020). The relationship between age and suicidal thoughts and attempted suicide among prisoners. *Health & Justice*, 8(14), 1-19. <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00117-3>

Suárez-Colorado, Y., Palacio-Sañudo, J., Caballero-Domínguez, C. C., y Pineda-Roa, C. A. (2019). Adaptación, validez de construcción y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(3), 145-152. <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>

Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists of the International Union of Psychological Science (IUPsyS). (26 julio de 2008). <http://blog.pucp.edu.pe/blog/wp-content/uploads/sites/39/2011/09/Declaracion-Universal-de-principios-Eticos.pdf>

World Prison Brief e Institute for Criminal & Justice Policy Research. (2021). World Prison Population List. https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf

World Health Organization – WHO (s.f). Suicidio. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

World Health Organization - WHO. (2000). Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. Departamento de salud mental y taxonomía. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75428/WHO_MNH_MBD_00.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization - WHO. (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75425/WHO_MNH_MBD_00.7_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization - WHO. (2021). Prevención del suicidio. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

World Health Organization - WHO. (2021). Una de cada 100 muertes es por suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>.

Programa de mindfulness basado en la web para usuarios de atención primaria de salud con malnutrición por exceso (MW- APS)

Web-based mindfulness program for primary health care users with malnutrition by excess (MW-PHC)

Catalina Aravena Berríos^{1,2} y Javiera Duarte Soto^{2,3}

*Correspondencia:

Catalina Aravena Berríos

ps.catalina.aravena@gmail.com

RECIBIDO: SEPTIEMBRE 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Resumen

Introducción: La malnutrición por exceso es uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país. Para su abordaje se requieren nuevas intervenciones en atención primaria de salud (APS) que consideren los aspectos psicológicos implicados en su aparición, desarrollo y mantención y se ajusten a las nuevas realidades contemporáneas. Las intervenciones de mindfulness basadas en la web son novedosas y promisorias, dado su bajo costo y su efectividad. Sin embargo, escasean diseños elaborados específicamente para usuarios de APS. **Objetivo:** Diseñar un programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso (MW-APS). **Método:** Se realizó una investigación conceptual aplicada que incorporó una revisión bibliográfica sobre APS, malnutrición por exceso, mindfulness e intervenciones basadas en la web. **Resultados:** Se discutieron los antecedentes teóricos y empíricos que fueron considerados para la elaboración del diseño. Además, se presenta el programa MW-APS, caracterizado por ser una intervención breve de prevención, de baja intensidad, que tiene un formato web asincrónico autoguiado. **Conclusiones:** El programa MW-APS pretende ofrecer una intervención útil y viable para APS. Se sugiere aplicarlo para medir su aceptabilidad y efectividad.

Palabras claves: Malnutrición por exceso, mindfulness, intervenciones basadas en la web, intervenciones de mindfulness basadas en la web, atención primaria de salud.

Abstract

Introduction: Malnutrition by excess is one of the main public health problems in our country. New interventions in primary health care (PHC) that consider the psychological aspects involved in its onset, development and maintenance and adjust to the new contemporary realities are required to address it. Web-based mindfulness interventions are novel and promising, given their low cost and effectiveness. However, there is a scarcity of designs developed specifically for PHC users. **Aim:** The aim of this study was to design a web-based mindfulness program for PHC users with malnutrition by excess (MW- PHC). Applied conceptual research incorporating a literature review on PHC, malnutrition by excess, mindfulness and web-based interventions was conducted. **Results:** The theoretical and empirical background that was considered for the elaboration of the design was discussed. In addition, the MW- PHC program is presented, characterized as a brief prevention intervention, of low intensity, which has a self-guided asynchronous web format. **Conclusions:** The MW- PHC program aims to offer a useful and feasible intervention for PHC. It is suggested to apply it to measure its acceptability and effectiveness.

Keywords: Malnutrition by excess, mindfulness, web-based interventions, web-based mindfulness interventions, primary health care.

¹ Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

² Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)

³ Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Diego Portales (CEPPS- UDP)



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 malnutrición por exceso es uno de los principales problemas de salud pública, debido a que es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, tales como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (MINSAL, 2017). En Chile, es el principal factor de riesgo de muertes y discapacidad (GBD, 2019) y afecta a un 74,2% de la población mayor de 15 años, superando considerablemente la prevalencia de Latinoamérica y del mundo (MINSAL, 2017).

A pesar de que se han implementado políticas nacionales para disminuir este problema de salud, la situación a nivel poblacional no ha presentado mejoras. Al comparar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de los años 2003 y 2017, se observa que la prevalencia de malnutrición por exceso ha aumentado en un 21,3%. Además, en este periodo, han incrementado los estados nutricionales más extremos, como la obesidad y la obesidad mórbida. (MINSAL, 2013, 2017).

En el sistema de salud público, la malnutrición por exceso es abordada principalmente en la atención primaria de salud (APS), que es el nivel de resolución encargado de promover estilos de vida saludable y prevenir enfermedades y sus factores de riesgo, y es responsable de los problemas de salud de la mayor parte de la población (OMS, 2008).

Actualmente, los psicólogos de APS realizan intervenciones a personas con malnutrición por exceso en el marco del Programa Elige Vida Sana. Éstas, consisten en una atención individual y un taller grupal de 5 sesiones en un tiempo de 6 meses (MINSAL, 2020).

En este contexto, intervenciones psicológicas que complementen el trabajo existente, y que permitan disminuir ingestas excesivas de alimentos podrían desempeñar un papel significativo en el abordaje de este problema de salud.

El mindfulness es una herramienta que ha sido utilizada en el campo de la psicología para desarrollar una alimentación consciente en personas

con sobrepeso y obesidad hace más de 20 años (Kristeller y Hallett, 1999). El concepto mindfulness hace referencia a la práctica de prestar atención de manera deliberada al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 2020) que ha sido promovida en técnicas meditativas del oriente utilizadas hace milenios (Pérez y Botella, 2006). Cuando esta práctica es aplicada a pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamientos relacionados con la alimentación, es llamada mindful eating (Tapper, 2022).

Existe evidencia de programas de mindfulness y mindful eating que han sido efectivos para disminuir la alimentación impulsiva, atracones, cantidad de calorías y peso en personas con malnutrición por exceso. Por ejemplo, Hanson et al. (2018), realizaron una intervención de mindful eating a pacientes con obesidad nivel 3, y al compararlos con un grupo control, observaron un aumento de su autoestima y confianza, y pérdida de peso hasta 6 meses después de la intervención. Además, Ruffault et al. (2017), realizaron una revisión sistemática y metaanálisis y encontraron que el mindfulness disminuye la alimentación impulsiva y atracones en pacientes con obesidad.

Por su parte, las intervenciones de mindfulness basadas en la web son un campo nuevo de investigación que han presentado resultados preliminares alentadores respecto a la eficacia en distintos problemas de salud mental (Lippmann, et al., 2019; Russell et al., 2018) y existe evidencia de que podrían ser igual de efectivas que las intervenciones de mindfulness presenciales (Fish et al., 2016). Esta modalidad, puede incluir el uso de audios, videos, chat y mensajes, entre otros. Sus principales beneficios son que posibilita un mayor alcance de usuarios, permite mayor accesibilidad a la intervención, entrega flexibilidad respecto a su uso y aumenta el costo-eficacia (Bennett y Glasgow, 2009; Ybarra y Eaton, 2005).

A pesar de los múltiples beneficios de este tipo de intervención, no se han encontrado propuestas de programas de mindfulness basadas en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso. De acuerdo a esto, se vuelve relevante desarrollar

investigaciones que permitan profundizar en esta temática y sistematizar las técnicas y procedimientos que mejor aplican a la realidad local.

Este artículo presenta el diseño de un programa de mindfulness basado en la web, dirigido a usuarios de APS con malnutrición por exceso. Es una propuesta novedosa, que busca ser de bajo costo, efectiva y utilizar los beneficios de la tecnología. Tiene la pretensión de potenciar el trabajo que realizan los equipos de APS para disminuir la malnutrición por exceso, que corresponde a uno de los principales problemas de salud pública, además de contribuir al desarrollo de un campo poco estudiado. El diseño propuesto, se sustenta en planteamientos teóricos y empíricos que son desarrollados en los resultados de este artículo.

MÉTODO

El objetivo de este estudio fue diseñar un programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso. Se realizó una investigación conceptual aplicada, que se caracteriza por analizar teorías, conceptos y modelos existentes para generar una propuesta nueva (Gantman y Fernández, 2017).

El proceso constó de tres etapas. Primero, se hizo una revisión bibliográfica sobre las temáticas: atención primaria de salud, malnutrición por exceso, mindfulness e intervenciones de mindfulness basadas en la web. Se realizó una búsqueda en Google Scholar de libros, artículos de revistas científicas, publicaciones de organismos e instituciones, y tesis. Se incluyó bibliografía en español y en inglés. Se seleccionaron artículos empíricos publicados los últimos 10 años y bibliografía teórica de acuerdo a criterios de relevancia y vigencia respecto a las temáticas estudiadas. En la segunda etapa se analizó, sintetizó y sistematizó la información relevante para la elaboración del programa. Se examinaron las diferentes propuestas teóricas y artículos empíricos encontrados y se revisó la contribución de cada documento para cumplir con el objetivo de este artículo. Se sintetizaron los hallazgos, y se sistematizó

la información clasificándola por temáticas. En la tercera etapa se integró la información recabada y se elaboró el diseño del programa, este último corresponde a la nueva propuesta generada.

RESULTADOS

A partir de la revisión, análisis, selección y sistematización de la información encontrada en la literatura científica y teórica disponible, se desarrolló un marco teórico y empírico que permitió elaborar el diseño del programa con una sólida perspectiva psicológica y basado en la evidencia. A continuación se presentan los principales aspectos teóricos y empíricos considerados en la elaboración del diseño, para posteriormente presentar el diseño del programa.

Antecedentes teóricos y empíricos considerados en la elaboración del diseño

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) EN CHILE

La APS corresponde al primer nivel de resolución de la red de salud. Se instala con la finalidad de mejorar la situación sanitaria de las poblaciones y acercar la atención a las personas para disminuir las brechas de acceso (MINSAL, 2013a; OMS, 1978).

En Chile, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria presenta lineamientos que rigen a toda la red de salud pública, incluida la APS. Este Modelo propone los tres principios irrenunciables que deben orientar a todas las acciones e intervenciones sanitarias, los cuales son: centrado en las personas, integralidad y continuidad en el cuidado. El principio “centrado en las personas”, implica considerar las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, estableciendo una relación basada en la corresponsabilidad del cuidado. Algunos de sus objetivos son establecer una comunicación efectiva con los usuarios y facilitar el acceso a la atención de salud. El principio “integralidad”, hace referencia

a comprender los problemas sanitarios de forma multidimensional, incorporando una perspectiva biopsicosocial, espiritual y cultural. También, implica ofrecer intervenciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, enfatizando en el rol fundamental que tiene la APS en la promoción y prevención. Uno de los objetivos de este principio es incorporar intervenciones dirigidas a las distintas dimensiones de los problemas de salud. Finalmente, el principio “continuidad del cuidado” plantea que las diferentes acciones del cuidado de la salud deben ser coherentes y conectadas entre sí. Algunos objetivos de este principio son reducir la fragmentación del cuidado asistencial y disminuir costos (MINSAL, 2013a, 2018).

Como se ha mencionado, una de las funciones principales de la APS es la prevención, que corresponde a las actividades para disminuir la aparición de factores de riesgo y enfermedades, detener el avance de la enfermedad y/o reducir su gravedad una vez detectada (MSD, 2019).

En Chile, se han desarrollado diversas intervenciones en APS enfocadas en la prevención. En relación a la malnutrición por exceso, actualmente existe el programa Elige Vida Sana, cuyo objetivo es prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, siendo uno de estos la malnutrición por exceso. El programa tiene una duración de 6 meses, y cuenta con el recurso humano de nutricionista, profesional de actividad física y psicólogo/a (MINSAL, 2020).

MALNUTRICIÓN POR EXCESO

La malnutrición por exceso es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud (FAO, 2014), y que contempla el sobrepeso y la obesidad (MINSAL, 2013b). Se considera que una persona tiene malnutrición por exceso cuando su peso es mayor a lo que corresponde según su altura, esto se mide habitualmente con el índice de masa corporal (IMC), que se calcula con el peso en kilogramos divididos por la altura al cuadrado en metros (kg/m^2). En adultos se cataloga malnutrición

por exceso cuando hay un IMC igual o superior a 25. Dentro de esta categoría, las personas que tienen un IMC mayor o igual a 25 y menor a 30, tendrían sobrepeso; y las personas con un índice igual o superior a 30, obesidad (MINSAL, 2013b; OMS, 2021).

El sobrepeso, la obesidad y la malnutrición por exceso son estados nutricionales definidos por el IMC (MINSAL, 2013b; OMS, 2021). Si bien, en los manuales diagnósticos CIE 11 y DSM 5 no se consideran trastornos de la conducta alimentaria (APA, 2014; OMS, 2019/2021), desde la primera mitad del siglo XX, han sido objeto de estudio para la psiquiatría y la psicología por la estrecha relación encontrada entre la hiperfagia y los procesos cognitivos y la experiencia emocional (Bruch, 1940; Hamburger 1957; Richardson, 1939).

En la literatura, se han encontrado distintas teorías y autores que asocian procesos psicológicos a una sobreingesta. Guidano (2018), en el modelo procesal sistémico, propuso que personas con tendencia a los trastornos alimentarios (entre los cuales consideró la obesidad), tienen una percepción difusa del sentido de sí mismo y una identidad construida con criterios externos. Estas personas oscilan entre la necesidad absoluta de ser aprobados por otros significativos y el miedo a ser desconfirmados o invadidos por estos mismos y ante cualquier desequilibrio entre estas dos polaridades, existe una tendencia a alterar la imagen corporal a través de una ingestión disfuncional, como lo es la ingesta excesiva de alimentos (Bruch, 1973; Guidano y Liotti, 2006).

Estudios experimentales también constataron una relación entre sobreingesta y sentimientos negativos asociados a la identidad. Polivy, et al. (1988), observaron en comedores restringidos¹, que el exceso de ingesta se exacerba en condiciones de baja autoestima. Por su parte, Heatherton, et al. (1991), plantearon que ante la amenaza de la identidad personal aumenta la sobrealimentación, especialmente cuando existen bajos niveles de autoestima. A su vez, Heatherton, et al. (1998), concluyeron que los estados de ánimo que están relacionados con la identidad, se asocian al fracaso de la autorregulación al comer. De acuerdo a estas

¹ Polivy y Herman (1998), llamaron comedores restringidos a personas que constantemente limitan su alimentación, pero que bajo ciertas circunstancias abandonan la restricción y tienden a la sobrealimentación.

investigaciones, Silva (2007), planteó que la ansiedad y la amenaza de la identidad son condiciones fundamentales para que se genere la sobreingesta en estos pacientes.

Sumado a lo anterior, Bruch (1964), Garner et al. (1983) y Guidano (2018) plantearon que pacientes con trastornos alimentarios tienen déficit en la consciencia interoceptiva, presentando inhabilidad para diferenciar correctamente el hambre de otras sensaciones corporales y estados emocionales, causando una ingesta de alimentos que no está asociada a procesos fisiológicos y nutricionales. Respecto a esto, Van Strien y Ouwens (2007), en una investigación realizada con mujeres expuestas a una situación de estrés, concluyeron que aquellas personas con dificultad para reconocer su respuesta emocional tienden a sobrealimentarse, a diferencia de quienes reconocen sus emociones.

Otros autores (Silva et al., 2011), realizaron un estudio donde encontraron que el sistema motivacional de evitación o inhibición está asociado a los problemas alimentarios relacionados con la hiperfagia. El sistema motivacional de evitación o inhibición hace referencia a personas que tienden a la evitación de amenaza y la novedad, y que prefieren anticiparse a los acontecimientos aversivos desarrollando respuestas emocionales concordantes como ansiedad y la inhibición emocional. Las personas con mayor propensión a la activación de este sistema motivacional, tendrían mayor dificultad para regular las emociones desagradables como la tristeza, el miedo, la culpa y la frustración y mayor sensibilidad al estrés.

En relación a los atracones, Herman y Polivy (1988a; Polivy y Herman, 1998) propusieron la hipótesis de la distracción, en la cual plantearon que usualmente los atracones son desencadenados por ansiedad, que la persona reinterpreta como una necesidad amorfa e intensa de comer, distrayéndose del real motivo de la angustia. Durante el atracón, los pensamientos se centran en el deseo de comer, lográndose la distracción. Al finalizar el atracón, la persona puede recurrir a vivir la angustia generada por haber experimentado el atracón, como un segundo

distractor. De esta forma, las emociones negativas se atribuyen a la ingesta de alimentos, enmascarando la verdadera razón emocional por una más controlable. En base a lo anterior, a mayor necesidad de distraerse de experiencias de ansiedad, será necesario recurrir a una mayor ingesta, generando sobrealimentación.

Por otra parte, diversos estudios, han asociado malnutrición por exceso a personas con una alta restricción alimentaria. Distintos autores (Herman y Polivy 1988b; Van Strien et al., 1986, 2009), encontraron que personas con obesidad, en comparación con sujetos normopeso, tienden a restringir más su alimentación, a pesar de ingerir mayor cantidad de alimentos. Coherente con esto, la teoría de la alimentación restringida (Polivy y Herman, 2002), asoció la restricción permanente, a un aumento considerable de los niveles de ingesta bajo ciertas condiciones emocionales. Por su parte, Van Strien et al. (2009), en una investigación realizada en una muestra representativa de la población holandesa general, concluyeron que niveles más bajos de restricción alimentaria pueden evitar que personas que comen en exceso tengan sobrepeso.

MINDFULNESS

Mindfulness es la traducción inglesa del pali, “Satti” combinado con “Sampajaña”, que en su conjunto puede traducirse como conciencia, circunspección, discernimiento y retención (Shapiro, 2009). Es una antigua práctica utilizada en la tradición budista hace más de 2.500 años y su origen emerge de las enseñanzas de Siddhartha Gautama (Miró y Simón, 2012). El mindfulness es una práctica fundamental en su propuesta y ocupa un lugar importante en el entrenamiento meditativo budista (Kang y Whittingham, 2010).

Mindfulness fue introducido por primera vez como práctica terapéutica en 1979 por Jon Kabat-Zinn en su programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) (Kang y Whittingham, 2010). Kabat-Zinn (2003), elabora esta propuesta con el objetivo de aplicar un método novedoso y eficaz para afrontar, explorar y aliviar el sufrimiento del cuerpo y

de la mente en el contexto médico, intentando dejar fuera los factores religiosos e ideológicos asociados al budismo.

Se han propuesto múltiples definiciones de mindfulness, sin embargo, aún no existe consenso en su conceptualización (Bishop, 2002). Kabat-Zinn (2020), lo define como “prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar” (p.26). Este tipo de atención permite desarrollar mayor consciencia, claridad y aceptación del momento presente e implica observar el flujo continuo de estímulos internos y externos en la medida que surgen (Kabat-Zinn, 2020).

Jon Kabat-Zinn (2016, 2021), propone siete actitudes fundamentales en la práctica del mindfulness. La primera es **no juzgar**, que implica estar en contacto directo con la experiencia siendo consciente de lo que ha surgido sin juzgarla, detenerla, ignorarla, ni etiquetarla como buena o mala. La segunda, es la **paciencia**, que consiste en poner atención en el ahora, abandonando la intención de estar en otro espacio temporal. La tercera actitud es la **mente de principiante**, que significa aproximarse a cualquier experiencia con la curiosidad de vivirla por primera vez, desprendiéndose de conocimientos o vivencias anteriores. La cuarta, es la **confianza**, que corresponde a tener la certeza de que las cosas pueden ocurrir dentro de un marco fiable de orden e integridad. A su vez, implica buscar en qué aspectos de nosotros mismos podemos confiar. La quinta es el **no esfuerzo**, que hace referencia a no forzar experiencias ni resultados y asumir que durante la práctica no hay que estar en un lugar distinto, ni obtener o lograr algo. La sexta es la **aceptación**, que significa entender, aclarar y aceptar el modo en que las cosas son, y descubrir la forma más sabia de relacionarse con ellas. También implica no poner resistencia a situaciones desagradables o que generen sufrimiento, sino simplemente ser consciente de ellas. Respecto a esta actitud, Safran y Muran (2005), plantearon que el intento de eliminar de la atención objetos o situaciones de manera forzosa genera una lucha interna que les da más poder, y solo la aceptación puede privar la fuerza

de esos contenidos mentales. Por último, la séptima actitud es **soltar o dejar ir**, que hace referencia a una decisión consciente de dejar de aferrarse, ya sea a una idea, una perspectiva, un objeto, un deseo, etc. para fluir en el momento presente. Implica dejar de apegarse y observar con consciencia y aceptación lo que nos mantiene aferrados. En relación a esto, Safran y Muran (2005), explican que soltar las amarras de los propios procesos cognitivos y afectivos abre la posibilidad de verlos como una construcción de la mente, reduciendo la sobreidentificación con estos procesos y permitiendo reflexionar sobre ellos. Además de las siete actitudes fundamentales, la práctica del mindfulness, requiere la intención de tener una disposición afectiva particular hacia lo que se está prestando atención, caracterizada por la generosidad, bondad y compasión (Kabat-Zinn, 2020, 2021).

En la literatura, se han descrito dos formas de practicar mindfulness: formal e informalmente. La primera, consiste en dedicar un tiempo establecido a la práctica, adquiriendo una postura física específica y siguiendo ciertas normas, como lo son las meditaciones guiadas. Por su parte, la práctica informal, consiste en realizar cualquier actividad de la vida cotidiana (como caminar o comer) prestando atención al momento presente sin juzgar (Kabat-Zinn, 2021; Pollak et al., 2016).

Además, Pollak et al. (2016), consideran tres tipos de prácticas. La primera, son las prácticas de concentración, que consisten en atender a un foco en particular, como por ejemplo la respiración. Estas, permiten anclar a la persona al momento presente. El segundo tipo, es la meditación de monitoreo abierto que implica poner atención a los distintos estímulos que aparecen, ya sean sonidos, emociones, dolores físicos, etc., permitiendo ampliar y profundizar la consciencia de lo que está sucediendo en el presente. Un tercer tipo, son las prácticas de bondad amorosa y compasión, que incitan a evocar bondad, amor y compasión hacia uno mismo o hacia otros, y permite aproximarse con aceptación a lo que surge en la experiencia y cultivar la disposición afectiva que sugiere el mindfulness.

Distintos autores (Baer, 2003; Pérez y Botella, 2006) han propuesto que a través del mindfulness se desarrollan habilidades que pueden conducir a cambios psicológicos y a la reducción de síntomas de diversas psicopatologías. A continuación se describirán cada una de ellas.

La primera, es la **exposición**, que consiste en la observación sostenida de pensamientos, emociones y sensaciones, que pueden ser desagradables o estresantes. Exponerse a estas vivencias en un contexto de aceptación, permite que puedan ser experimentadas de forma menos displacentera y amenazante, y aumentar la tolerancia a estas, fomentando que se extingan miedos y conductas de evitación que generan estas vivencias (Bishop et al., 2004; Linehan, 2003). Coherente con esto, la exposición a sensaciones interoceptivas de ansiedad puede reducir la reactividad emocional y sus síntomas (Baer, 2003).

Una segunda habilidad es la **flexibilidad cognitiva**. Monitorear el flujo de la conciencia puede lograr un distanciamiento emocional de los contenidos que emergen y una visión más amplia de la situación (Kabat-Zinn, 2020; Safran y Muran, 2005). Además, puede aumentar la capacidad para relacionar pensamientos, emociones, conductas y otras vivencias (Bishop et al., 2004). Por otra parte, la práctica desarrolla una mayor capacidad para autorregular la atención y cambiar deliberadamente de foco, contribuyendo a no quedarse atrapado en un pensamiento o emoción, como podrían ser los pensamientos rumiantes (Bishop et al., 2004).

Otra habilidad, es la **autorregulación**, generada al adquirir mayores niveles de conciencia y disminuir el funcionamiento automático, que facilita la elección de conductas consistentes con las propias necesidades, valores e intereses. Esto se asocia a mayores posibilidades de afrontar situaciones complejas y a una regulación de la reacción o respuesta escogida (Baer, 2003; Pérez y Botella, 2006).

En algunas ocasiones, la práctica puede generar **relajación**, contribuyendo a la disminución del estrés u otros síntomas. No obstante, es importante destacar que el objetivo del mindfulness no es

alcanzar la relajación, y que en ocasiones se pueden experimentar tensiones, angustias otras sensaciones opuestas a ésta (Kabat-Zinn, 2020, 2021).

Si bien, la **aceptación** es una actitud fundamental en la práctica del mindfulness, algunos autores (Baer, 2003; Pérez y Botella, 2006) también la consideran como una habilidad en sí misma, que permite establecer nuevas formas de afrontar situaciones. Principalmente, puede provocar un cambio en patrones reactivos de defensa, evitación y/o apego² (Baer, 2003). De acuerdo a esto, Hayes (1994), explica que aceptar permite enfrentar situaciones y por tanto, disminuir conductas desadaptativas para evitar experiencias displacenteras.

Mediante la práctica también se desarrolla la **capacidad de integrar distintos contenidos a la conciencia**. Safran y Muran (2005), plantearon que el ser humano deja fuera de la conciencia aspectos de la experiencia que pueden amenazar su sentido de filiación, pero que siguen presentes de manera inconsciente, influyendo en conductas y emociones. Los autores proponen que la integración de este contenido en la conciencia puede lograrse sólo a través del aprendizaje experiencial y una de las formas de acceder a este es a través de la disciplina del mindfulness.

Finalmente, la práctica incita a observarse en profundidad y permitirse ser exactamente como uno es, lo que posibilita la **clarificación de los propios valores**. De acuerdo a esto Kabat-Zinn (2020), plantea que el mindfulness otorga un espacio simplemente para ser y darnos cuenta de quienes somos y dónde estamos. Esto implica observar las propias congruencias e incongruencias sin rechazo. También, contribuye a reconocer lo que realmente se valora en la vida, y a discriminar entre los valores personales y los valores externos (Shapiro et al., 2006).

Como se ha mencionado anteriormente, el mindfulness se puede poner en práctica en distintas situaciones de la vida cotidiana. Cuando se aplica a vivencias relacionadas con la alimentación, por ejemplo, al elegir alimentos, comer, pensar en comida, etc., se ha nombrado mindful eating (Framson et al., 2009). Una de las definiciones propuestas

2 Se hace referencia a la acepción budista del apego, entendida como una aflicción mental generada por aferrarse a una idea, una persona, un objeto, u otros, y se considera la causa del sufrimiento. Puede adoptar la forma de posesividad, sentido de propiedad de personas y cosas, celos, preocupaciones, compulsiones, obsesiones, competitividad, entre otros (Sahdra et al., 2010).

para este concepto es prestar atención de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar los pensamientos, emociones, sensaciones corporales y comportamiento, relacionados con la alimentación (Tapper, 2022).

El mindful eating, apunta a abordar el sufrimiento causado por una relación desequilibrada con la comida, que genera problemas como la obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia (Chozen, 2015). Además de las habilidades que se desarrollan con la práctica del mindfulness, el mindful eating, permite también: clarificar las señales fisiológicas del hambre y saciedad; reconocer el sentido del gusto; diferenciar las señales fisiológicas del apetito de otras experiencias internas; y reconocer y tolerar pensamientos, emociones e impulsos relacionados a la alimentación (Miró y Simón, 2012).

Diseño del Programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso (MW-APS)

El programa de mindfulness basado en la web para usuarios de APS con malnutrición por exceso (MW-APS) es una intervención breve, preventiva, de baja intensidad, diseñada para complementar el trabajo que realizan los equipos de APS, fortaleciendo el componente psicológico en el tratamiento de personas con malnutrición por exceso, comprendiendo que es una de las dimensiones de este problema de salud.

La intervención tiene un formato web asincrónico autoguiado, es decir, todas las actividades se realizarán a través de la plataforma web y no contará con la participación de un facilitador. Esta elección se basa en la experiencia de otros programas similares que sugieren que intervenciones autoguiadas son igual de efectivas que las guiadas por un facilitador, sumado a la ventaja de ser más rentables, accesibles y flexibles (Fish et al., 2016; Russell et al., 2018).

El programa incita al usuario a aproximarse a emociones, pensamientos, conductas y sensaciones

desde la práctica del mindfulness, cultivando las siete actitudes fundamentales. De esta forma, permite desarrollar las habilidades asociadas a la práctica como lo son la exposición, la flexibilidad cognitiva, la autorregulación, la relajación, la aceptación, la integración de distintos contenidos a la consciencia y la clarificación de los propios valores. Además, desarrolla las habilidades específicas asociadas a la práctica del mindful eating tales como clarificar las señales fisiológicas del hambre y saciedad, reconocer el sentido del gusto, diferenciar las señales fisiológicas del apetito de otras experiencias internas, y reconocer y tolerar pensamientos, emociones e impulsos relacionados a la alimentación.

El objetivo general del programa MW-APS es contribuir al equipo de APS a disminuir la malnutrición por exceso interviniendo en la conducta alimentaria y los factores psicológicos que se relacionan con la hiperfagia. De acuerdo a esto, el programa cuenta con ejercicios de mindful eating, para intervenir de manera directa en la conducta alimentaria, y a su vez, incorpora ejercicios de mindfulness abarcando otras situaciones de la vida, con la finalidad de incidir en los distintos factores psicológicos asociados a una ingesta excesiva.

Respecto a los factores psicológicos que se asocian a la malnutrición por exceso, la identidad difusa, los sentimientos negativos asociados a la identidad y la baja autoestima, pueden ser trabajados principalmente a través del cultivo de la aceptación, autocompasión, la exclusión de juicios, la capacidad de integrar distintos contenidos a la consciencia y la clarificación de los propios valores. Por su parte, el déficit en la consciencia interoceptiva, puede disminuir mediante el desarrollo de habilidades para reconocer y diferenciar emociones, pensamientos y sensaciones como el hambre y la saciedad, entre otros. A su vez, la evitación y/o distracción relacionada con situaciones ansiógenas o que producen malestar se puede disminuir a través de la exposición, permitiendo a los usuarios reconocerlas, integrarlas a la consciencia, aceptarlas y tolerarlas. Finalmente, la restricción alimentaria, también considerada como un aspecto psicológico relevante por su relación con

el aumento de la ingesta, puede ser intervenida a través de la relajación, la práctica del no esfuerzo y la aceptación.

Se excluyeron de manera intencionada aquellas intervenciones que incitan a restringir la alimentación, como lo son: contar las calorías ingeridas, emitir juicios respecto a las conductas alimentarias, catalogar conductas como correctas o incorrectas y prohibir acciones o alimentos, dado que podrían ser iatrogénicas, entendiendo que la restricción es uno de los factores relacionados a la ingesta excesiva (Herman y Polivy 1988b; Polivy y Herman, 2002; Van Strien et al., 1986, 2009).

La población objetivo del programa son personas adultas (mayores de 18 años) con malnutrición por exceso que se estén atendiendo en APS por este problema de salud, y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión: 1. Contar con un dispositivo (computador o teléfono inteligente) con acceso a internet. 2. Tener conocimientos informáticos básicos. 3. Tener interés y aceptar realizar el programa. Serán excluidas las personas que presenten problemas cognitivos, de aprendizaje, demencia u otros que dificulten la comprensión de las intervenciones y personas que hayan vivido experiencias traumáticas, que presenten psicopatologías graves, descompensadas, o que se encuentren actualmente en tratamiento en el nivel secundario o terciario por problemas de salud mental.

El programa consta de 4 módulos, cada uno diseñado para ser completado idealmente en una semana. La duración total sugerida es de 4 semanas, pero existe flexibilidad para las personas que se retrasen con las prácticas. El diseño propuesto, corresponde a un programa de baja intensidad, dado que tiene una corta duración y que establece un bajo contacto con los usuarios (Lopez-Montoyo, 2020), por ser administrado a través de una plataforma web. Se optó por este formato ya que se encontraron programas con esta estructura efectivos para malnutrición por exceso (Mason et al., 2018) y para APS (Lopez-Montoyo, 2020).

Cuenta con ejercicios de mindfulness, mindful eating, concentración, monitoreo abierto y compasión.

Los ejercicios aumentan gradualmente su intensidad a medida que avanzan las semanas, ya sea porque se incrementa el tiempo de duración y/o porque tienen mayor dificultad. Esta última característica se presenta en los programas MBSR, MBCT y MB-EAT, y según algunos autores, (Kabat-Zinn, 2016; Pollak et al., 2016), es beneficiosa para lograr mayor aceptabilidad y adherencia y disminuir frustraciones.

Respecto al tiempo de práctica, se propone un mínimo de 4 veces por semana, aproximadamente de 20 minutos cada una, con la posibilidad de aumentar el tiempo si el participante lo desea. Se plantea un formato, con prácticas más breves que el programa MBSR, que propone ejercitar 45 minutos diarios, dado que en una revisión sistemática (Fish et al., 2016) se encontró que participantes de intervenciones de mindfulness basadas en la web autoguiadas consideraron excesivas las prácticas formales de 30 minutos. Sumado a esto, programas presenciales que proponen una práctica formal de 15 a 20 minutos han demostrado ser eficaces en personas con ansiedad y depresión (Arredondo et al., 2016) y en mujeres de bajos recursos con sobrepeso en APS (Salvo et al., 2022).

El programa incluye videos, audios y material escrito, y todos los archivos de video, se presentarán también en formato audio para que la intervención general sea compatible con una mayor cantidad de dispositivos. Además, mientras dura la intervención, los participantes contarán con una bitácora personal para registrar vivencias o información que les haya parecido significativa y la plataforma ofrecerá un calendario con las prácticas semanales, que puede ser utilizado de manera opcional para facilitar la organización. También, existirá una sección de preguntas y respuestas frecuentes para aclarar dudas y un foro donde los participantes podrán compartir sus experiencias, desafíos y logros. Estos elementos fueron incorporados dado que se encontró que pueden mejorar la adherencia y aceptabilidad de los participantes (Fish et al., 2016; Lippmann et al., 2019).

En cada módulo, se incorporan contenidos, prácticas formales e informales y mensajes para motivar e incentivar el trabajo. Según los hallazgos

de una síntesis crítica interpretativa (Lippmann et al., 2019), estos, serían los componentes de la estructura de las intervenciones de mindfulness basadas en web relacionados con una mayor eficacia. Cada módulo

tiene su propio objetivo, y de acuerdo a estos se proponen los contenidos y prácticas, en la Tabla 1, se presenta el detalle de esta información.

Tabla 1.

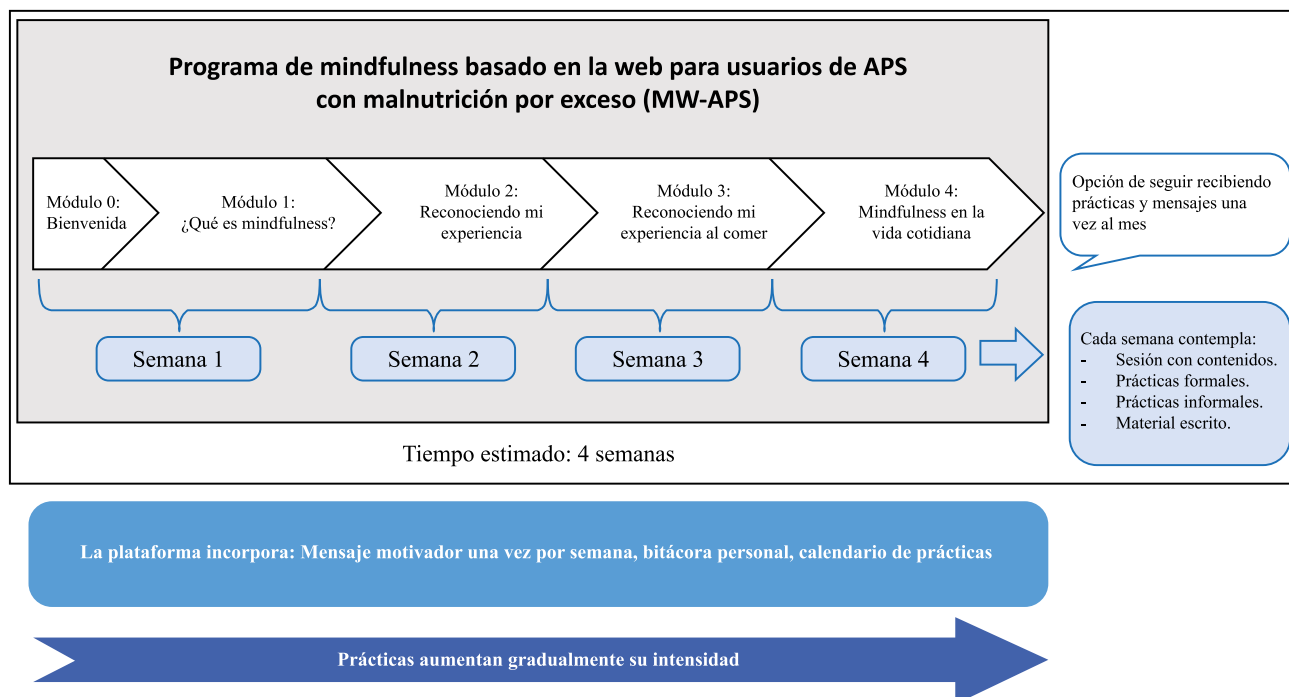
Módulos, objetivos, contenidos y prácticas del Programa MW-APS

Módulos	Objetivo	Contenidos de la sesión	Práctica Formal	Práctica Informal
Módulo 0: Bienvenida	Presentar las características del programa y motivar a los usuarios a participar.	Descripción de las características de la intervención, explicación de su funcionamiento y los recursos con los que cuenta.	N/A	N/A
Módulo 1: ¿Qué es mindfulness?	Conocer y experimentar la práctica del mindfulness.	Explicación del concepto mindfulness y cómo practicarlo.	- Escáner corporal - Comer 3 pasas	Realizar una actividad rutinaria practicando mindfulness.
Módulo 2: Reconociendo mi experiencia	Reconocer contenidos de la experiencia desde una postura mindfulness.	Explicar cómo reconocer los contenidos de la experiencia desde una postura mindfulness.	- Atención a la respiración (meditación sedente) - Comer un pan de manera consciente	Reconocer sensaciones agradables y desagradables.
Módulo 3: Reconociendo mi experiencia al comer	Reconocer contenidos de la experiencia asociados a la ingesta alimentaria, desde una postura mindfulness.	Explicar qué significa reconocer los contenidos de la experiencia asociados a la ingesta alimentaria.	- Atención a los distintos contenidos de la experiencia (meditación sedente) - Práctica de la consciencia del hambre	Reconocer sensaciones de hambre y saciedad desde una postura mindfulness.
Módulo 4: Mindfulness en la vida cotidiana	Consolidar los conocimientos adquiridos y fomentar su uso en la vida cotidiana.	Síntesis del trabajo realizado, recalando la importancia de mantener una actitud de aceptación. Aplicación de los conocimientos adquiridos a la vida cotidiana.	- Cultivo de la autocompasión - Comer un chocolate de manera consciente - Atención a los distintos contenidos de la experiencia (meditación sedente)	Poner atención a los contenidos de la experiencia antes de comer.

En el Diagrama N° 1, se grafica el diseño del programa y sus principales características y componentes.

Diagrama 1.

Diseño del programa MW-APS y sus principales características y componentes



Sugerencias para la instalación de la intervención en APS

De acuerdo con el principio de continuidad en el cuidado, las distintas acciones sanitarias que abordan el problema de la malnutrición por exceso deben ser coordinadas y coherentes entre sí, de forma que se potencien y se aprovechen los recursos disponibles. En base a esto, el programa se diseña para ser instalado como parte de políticas sanitarias más amplias. Se sugiere considerar los recursos disponibles, los tiempos de las intervenciones existentes en APS y en caso de ser necesario, flexibilizar el programa de acuerdo al contexto local. Actualmente, la política sanitaria existente es el Programa Elige Vida Sana, de acuerdo a esto, se sugiere que el MW-APS sea parte integral de este Programa más amplio, incorporándose como una prestación extra para los usuarios.

Para que la intervención sea exitosa en APS, es indispensable la participación del equipo de salud de cabecera. Por esto, se propone que durante el período de instalación, se capacite a los distintos miembros del equipo para presentarles la intervención, motivarlos y comprometerlos con esta nueva propuesta, además de entregar un documento escrito con dicha información. Este paso es fundamental debido a que el equipo tiene vínculo directo con las personas y será la cara visible del MW-APS, por lo que tendrá un rol clave para aumentar el interés y la adherencia.

Además, se sugiere ofrecer a los usuarios la opción de seguir recibiendo nuevas prácticas y mensajes una vez al mes, hasta finalizar las intervenciones que recibe en APS para disminuir la malnutrición por exceso.

En cuanto a los aspectos éticos, la plataforma debe asegurar la confidencialidad de la información de cada usuario. De acuerdo a esto, los datos se

almacenarán de manera encriptada y el equipo de salud solo tendrá acceso a estadísticas generales como el tiempo promedio de uso diario, tiempo en que se ha completado cada módulo y el programa completo. Esto será comunicado a los usuarios previo realizar la intervención a través de un consentimiento informado.

CONCLUSIONES

El programa MW-APS apunta a intervenir la conducta alimentaria y los factores psicológicos implicados en este problema de salud. Se elaboró en base a revisiones bibliográficas y consideró los lineamientos que rigen a las intervenciones de APS en Chile.

Pretende ofrecer una intervención útil para APS, de acuerdo a esto, se enfoca en disminuir la prevalencia de malnutrición por exceso, que corresponde a uno de los principales problemas de salud del país (MINSAL, 2013a, 2017). A su vez, busca acercar la atención a las personas para disminuir las brechas de acceso, que es uno de los principales objetivos de la APS (MINSAL, 2013a). Con este fin, se optó por un formato web que permita a los usuarios mayor flexibilidad, eliminar dificultades de traslado, aumentar las opciones de intervención respecto a salud mental, y ofertar una propuesta efectiva y de igual calidad para todos los usuarios.

Además, pretende que su implementación sea viable en APS. En base a esto, se alinea con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y se opta por una intervención de bajo costo y creada para complementar el trabajo de los equipos apoyando y fortaleciendo su labor.

Por otra parte, este estudio pretende fortalecer la investigación de las intervenciones de mindfulness basadas en web específicamente en la fase de diseño. Estas intervenciones son una opción prometedora para mejorar la salud mental de las poblaciones, sin embargo, faltan investigaciones para contar con información concluyente.

El estudio tuvo ciertas limitaciones. Al ser diseñado únicamente a partir de bibliografía, no contó con la opinión y sugerencias de los equipos

ni de los usuarios de APS, quienes podrían otorgar información relevante a considerar. En segundo lugar, como se ha mencionado, el campo de investigación de intervenciones basada en web se encuentra en una fase inicial. De acuerdo a esto, los hallazgos de intervenciones web que permitieron elaborar esta propuesta, corresponden principalmente a datos preliminares o no concluyentes. Además, no se encontraron estudios respecto a estrategias para reducir las brechas de acceso generadas por intervenciones que utilizan nuevas tecnologías, que podrían aportar información útil a considerar. Específicamente respecto a los efectos del mindfulness en la alimentación, Tapper (2022) explicita que varían de acuerdo a características individuales y contextos, sin embargo, no existe claridad de cuáles son aquellas características. Podría ser relevante contar con esta información para incorporarla en el programa.

Como futuras líneas de investigación, se sugiere aplicar el programa midiendo su aceptabilidad y efectividad a corto, mediano y largo plazo. Por otra parte, se sugiere estudiar la factibilidad y utilidad de crear diseños de mayor intensidad. En esta línea, se podría evaluar la creación de un diseño escalable, en el cual el programa MW-APS corresponda a una primera intervención, para luego ofrecer programas más intensos destinados a los usuarios que hayan adherido y deseen continuar desarrollando su práctica. Además, sería relevante evaluar cómo afecta a los usuarios participar en una intervención de mindfulness que no se realice en grupo, considerando que esto implica no contar espacios para compartir procesos y generar aprendizaje grupal, entre otros.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No hay conflictos de interés declarado por parte de ningún investigador.

NOTA EDITORIAL

Javiera Duarte no participó en ninguna etapa de este proceso editorial, ni en la correspondencia, selección de evaluadores, ni decisión final. El proceso fue manejado por otros miembros del comité editorial.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. Ed.). Editorial Médica Panamericana.

Arredondo, M., Sabaté, M., Botella, L., Hurtado, P. y Acosta, L. M. (2016). Estudio piloto del programa de entrenamiento en mindfulness basado en prácticas breves integradas (M-PBI). *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 151-168. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.110>

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>

Bennett, G. y Glasgow, R. (2009). The delivery of public health interventions via the internet: actualizing their potential. *Annual Review of Public Health*, 30, 273-292. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.031308.100235>

Bishop S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction?. *Psychosomatic medicine*, 64(1), 71-83. <https://doi.org/10.1097/00006842-200201000-00010>

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Bruch, H. (1940). Obesity in Childhood: Physiologic and Psychologic Aspects of the Food Intake of Obese Children. *American Journal of Disease of Children*, 59, 739-781.

Bruch, H. (1964). Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269-274. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(64\)72385-7](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(64)72385-7)

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books.

Chozen, J. (2015). *Comer atentos*. Shambhala Español.

Fish, J., Brimson, J. y Lynch, S. (2016). Mindfulness Interventions Delivered by Technology Without Facilitator Involvement: What Research Exists and What Are the Clinical Outcomes?. *Mindfulness*, 7, 1011-1023. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0548-2>

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., y Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439-1444. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.05.006>

Garner, D.M., Olmsted, M. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:2<15::AID-EAT2260020203>3.0.CO;2-6)

Gantman, E., y Fernández, C. (2017). Literatura académica de administración en países de habla hispana: Análisis bibliométrico de la producción en revistas de la base Latindex Catálogo (2000-2010). *Investigación Bibliotecológica: Archivonomía, bibliotecología E información*, 31(72), 39-61. <https://doi.org/10.22201/iibi.0187358xp.2017.72.57823>

GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396, 1223-1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)

Guidano, V. (2018). *El modelo cognitivo post-racionalista*. Desclée de Brouwer.

Guidano, V. y Liotti, G. (2006). *Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales*. Cuatro Vientos.

Hamburger, W. (1957). Psychological aspects of obesity. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 33(11), 771-782.

Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance en S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, y M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Editorial Context Press.

Heatherton, T, Herman, P. y Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138-143.

Heatherton, T, Striepe, M. y Wittenberg, L. (1998). Emotional distress and disinhibited eating: The role of self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 301-313.

Herman, C.P. y Polivy, J. (1988a). Restraint and excess and in dieters and bulimics. In K.M. Pirke, D. Ploog, and W. Vandereycken (Eds.), *Psychobiology of bulimia*, Berlin: Springer, pp. 33-41.

Herman, C.P. y Polivy, J. (1988b). Studies of eating in normal dieters. En B.T. Walsh (Ed.), *Eating behavior in eating disorders* (pp. 95-112). American Psychiatric Association Press.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

Kabat-Zinn, J. (2016) *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Editorial Kairós.

Kabat-Zinn, J. (2020). *Mindfulness en la vida cotidiana: donde quiera que vayas, ahí estás*. Editorial Planeta.

Kabat-Zinn, J. (2021). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós.

Kang, C., y Whittingham, K. (2010). Mindfulness: A Dialogue between Buddhism and Clinical Psychology. *Mindfulness*, 1, 161-173. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0018-1>

Kristeller, J. L., y Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357-363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>

Lippmann, M., Laudel, H., Heinzle, M., y Narciss, S. (2019). Relating Instructional Design Components to the Effectiveness of Internet-Based Mindfulness Interventions: A Critical Interpretive Synthesis. *Journal of medical Internet research*, 21(11), e12497. <https://doi.org/10.2196/12497>

Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Editorial Paidós.

Lopez-Montoyo, A. (2020). *Eficacia de una intervención psicológica breve basada en mindfulness para el tratamiento de la depresión en atención primaria: Aplicación cara a cara, aplicación mediante TICs versus tratamiento habitual* [Tesis de doctorado]. Universitat Jaume I.

Mason, A. E., Jhaveri, K., Cohn, M., y Brewer, J. A. (2018). Testing a mobile mindful eating intervention targeting craving-related eating: Feasibility and proof of concept. *Journal of Behavioural Medicine*, 41(2), 160-173. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9884-5>

Ministerio de Salud (2003). *Encuesta nacional de Salud ENS Chile 2003*. Santiago de Chile; MINSAL.

Ministerio de Salud (2013a). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Santiago de Chile; MINSAL. Extraído de <http://www.siad-sps.cl/file/download/7724>

Ministerio de Salud (2013b). *Guía Clínica Auge Examen Medicina Preventiva*. Santiago, Chile. Extraído de: www.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20Medicina%20Preventiva.pdf

Ministerio de Salud (2017). *Encuesta nacional de Salud 2016-2017, Primeros resultados*. Santiago de Chile; MINSAL

Ministerio de Salud (2018). *Orientaciones para la planificación y programación en red*. Santiago de Chile; MINSAL. Extraído de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-7-PROMOCI%C3%93N-DE-SALUD.pdf>

Ministerio de Salud (2020). *Orientación Técnica Programa Elige Vida Sana*. Santiago de Chile; MINSAL.

Miró, M. T., y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclée de Brouwer.

MSD. (2019). ¿En qué consiste la prevención en salud?. MSD Salud. 2019. Extraído de: <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/prevencion/informacion-basica/consiste-prevencion-salud.html>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2014). *¿Por qué la nutrición es importante? Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición*. Roma, FAO. <http://www.fao.org/3/a-as603s.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*, URSS, 6- 12 de septiembre de 1978. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria, más necesaria que nunca*. Ginebra; OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2019/2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO). <https://icd.who.int/browse11>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Notas descriptivas: Malnutrición*. Extraído de: : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Pérez, M. y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17 (66-67), 77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>

Hanson, P., Shuttlewood, E., Halder, L., Shah, N., Lam, F.T., Menon, V. y Baber, T. M. (2018). Application of Mindfulness in a Tier 3 Obesity Service Improves Eating Behavior and Facilitates Successful Weight Loss. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 104(3), 793-800. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-00578>

Polivy, J., Heatherton, T. y Herman, P. (1988). Self-esteem, restraint, and eating behavior, *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 354-356.

Polivy, J. y Herman, C.P. (1998), Distress and eating: Why do dieters overeat?. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 153-166. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199909\)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2<153::AID-EAT4>3.0.CO;2-R)

Polivy, J. y Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Pollak, S., Pedulla, T. y Siegel, R. (2016). *Sentarse juntos: habilidades esenciales para una psicoterapia basada en Mindfulness*. Desclée de Brouwer.

Richardson, H. (1939). Obesity as a manifestation of neurosis. *Journal Medical Clinics of North America*, 30, 1187-1202

Ruffault A, Czernichow, S., Hagger, M., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., Boujut, E. y Flahault, C. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice* 11(5S1), 90-111. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.09.002>

Russell, L., Ugalde, A., Milne, D., Austin, D., y Livingston, P. M. (2018). Digital Characteristics and Dissemination Indicators to Optimize Delivery of Internet-Supported Mindfulness-Based Interventions for People With a Chronic Condition: Systematic Review. *JMIR mental health*, 5(3), e53. <https://doi.org/10.2196/mental.9645>

Safran, J.D. y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Desclée de Brouwer.

Sahdra, B., Shaver, P. y Brown, K. (2010). A scale to measure nonattachment: a Buddhist complement to Western research on attachment and adaptive functioning. *Journal of personality assessment*, 92(2), 116–127. <https://doi.org/10.1080/00223890903425960>

Salvo, V., Curado, D. F., Sanudo, A., Kristeller, J., Schweitzer, M. C., Favarato, M. L., Isidoro, W., y Demarzo, M. (2022). Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: A randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes. *Appetite*, 177, 106131. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106131>

Silva, J. (2007). Sobrealimentación inducida por la ansiedad Parte I: Evidencia conductual, afectiva, metabólica y endocrina. *Terapia Psicológica*, 25(2), 141-154. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200005>

Silva, J. R., Ortiz, M., Quiñones, Á., Vera-Villarroel, P., y Slachevsky, A. (2011). Affective style and eating disorders: A field study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e73-e80

Shapiro S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of clinical psychology*, 65(6), 555–560. <https://doi.org/10.1002/jclp.20602>

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

Tapper K. (2022). Mindful eating: what we know so far. *Nutrition bulletin*, 47(2), 168–185. <https://doi.org/10.1111/nbu.12559>

Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P. y Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 747-755

Van Strien, T., Herman, C.P. y Verheijden, M.W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role?. *Appetite*, 52(2), 380–387. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.11.010>

Van Strien, T. y Ouwens, M. A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eating Behavior*, 8(2), 251-257. [https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004\[1\]](https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.06.004[1])

Ybarra, M. y Eaton, W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, 7(2), 75-87. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-3779-8>.

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.

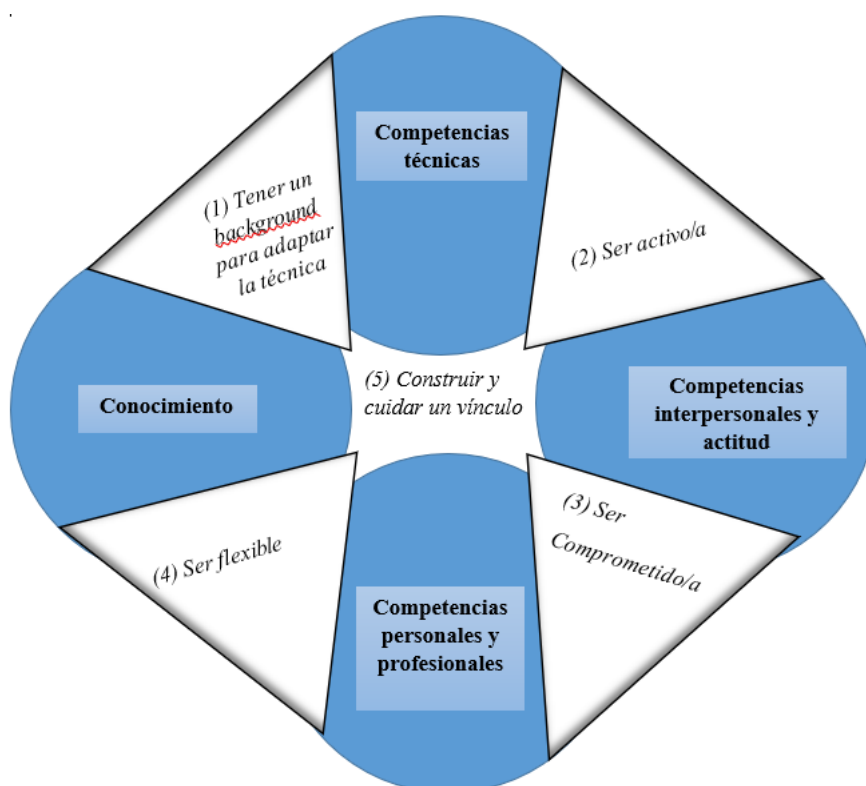
En ese contexto hemos publicado el libro mencionado más arriba, que propone competencias para la psicoterapia de trastornos depresivos en atención primaria de salud, y que está compuesto por 6 secciones que recopilan las competencias presentadas en este estudio a saber: Sección I, “Bases teórico-empíricas 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 Errazuriz, 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., Errazuriz, 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. *Psykhe*, 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.

As repercussões do cuidar: Saúde mental de cuidadores familiares de pacientes oncológicos

The repercussions of caring: Family's caregivers of cancer patients mental health

Samantha Garcia Falavinha¹, Scheila Beatriz Sehnem¹

*Correspondencia:

Samantha Garcia Falavinha

Samantha.gfalavinha@gmail.com

RECIBIDO: JULIO 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Resumo

Introdução: A presente pesquisa versa sobre cuidadores de pacientes oncológicos e as implicações de suas funções sobre sua saúde mental. **Objetivo:** Avaliar os níveis de saúde mental dos familiares cuidadores e suas implicações. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de caráter quali-quantitativo do tipo descritiva, realizada nas dependências do Hospital Universitário Santa Terezinha – HUST, de Joaçaba, SC, com 20 (vinte) participantes. Os recursos técnicos utilizados para levantamento de dados e informações foram um Questionário Semiestruturado de dados Sociodemográficos, Questionário de Saúde Geral de Goldberg e Inventários Beck (BHS, BAI, BDI). **Resultados:** Os resultados obtidos indicam presença de sintomas ansiosos, depressivos e de desesperança em todos os cuidadores familiares entrevistados. **Conclusão:** Em ampla análise, conclui-se estes não apresentarem, em sua maioria, níveis graves ou superiores à média geral indicada, assinalando a necessidade e importância de se desenvolver novos estudos acerca do tema e promover o estabelecimento de estratégias de prevenção e enfrentamento.

Palavras-chave: Cuidador; Família; Saúde mental; Paciente oncológico.

Abstract

Background: This research deals with caregivers of cancer patients and the implications of their roles on their mental health. **Aim:** Evaluating the mental health levels of family caregivers and their implications. **Method:** This is a qualitative and quantitative research of the descriptive type, carried out on the premises of the Hospital Universitário Santa Terezinha – HUST, in Joaçaba, SC, with 20 (twenty) participants. The technical resources used for collecting data and information were a Semi-structured Questionnaire of Sociodemographic data, Goldberg's General Health Questionnaire and Beck Inventories (BHS, BAI, BDI). **Results:** The results obtained indicate the presence of anxious, depressive and hopeless symptoms in all the family caregivers interviewed. **Conclusions:** In a broad analysis it is concluded that these do not present, for the most part, severe levels or higher than the general average indicated, pointing out the need and importance to develop new studies on the subject and promote the establishment of prevention and coping strategies.

Keywords: Caregiver; Family; Mental health; Oncology patient.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado a principal causa de morte em nível global, caracterizando uma importante barreira para o aumento da expectativa de vida em todos os países, sendo considerado o principal problema de saúde pública no mundo. Para o Brasil, em seu turno, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta para 704 mil casos novos de câncer demandando de cuidado integral, com 70% de sua concentração nas regiões Sul e Sudeste (INCA, 2022).

Receber o diagnóstico de câncer impacta e mobiliza toda a estrutura familiar, requerendo uma intensa reorganização social e pessoal, como se todos os membros tivessem sido acometidos. O diagnóstico traz consigo outras repercussões caracterizadas pelo medo, raiva, ansiedade, dúvidas e esperança em relação ao tratamento e, principalmente, ao futuro alterando a dinâmica do núcleo familiar atingido, implicando em uma reorganização, redefinição de papéis e tarefas, de modo que a família se torne capaz de auxiliar o indivíduo na satisfação de suas necessidades humanas básicas, como higiene, alimentação, repouso e ainda oferecer suporte emocional e financeiro (Malzyner & Caponero, 2013).

As demandas diárias de cuidado do paciente para o cuidador promovem uma grande responsabilidade para o indivíduo que cuida, fazendo com que muitas vezes omita suas próprias necessidades, resultando em sobrecarga física, social, espiritual e, especialmente, psicológica através de sintomas depressivos, ansiosos e de desvalor (Lins et al., 2022). Em relação às alterações familiares acarretadas pelo adoecimento, o tratamento do câncer, especificamente, pode resultar em estresse imposto ao indivíduo previamente sadio, requerendo um processo de adaptação passível do surgimento de desajustes psicológicos e familiares (Mathias, 2015).

À medida que a doença progride e o familiar doente torna-se dependente de cuidados, o cuidador passa a vivenciar situações que afetam sua qualidade de vida, uma vez que cuidar de um familiar exige disponibilidade, tempo e dedicação, sendo grandes os desafios encontrados por familiares ao

assumir este papel diante das mudanças na vida e atividades cotidianas, sendo necessário adaptar-se à uma nova rotina cheia de tensões e preocupações. O cuidador, ao exercer um papel informal de assistência ao doente com câncer, convive com as dificuldades impostas pelo seu novo papel, sendo evidenciadas a insegurança para sua execução e as exigências pessoais para um bom cuidado, sucedendo na sobrecarga física, emocional e, muitas vezes, financeira, sendo a sobrecarga psicológica a esfera a compreender os maiores encargos a serem enfrentados (Benedetti, 2015).

O desgaste emocional experienciado provoca situações que repercutem em todo o viver do cuidador, acarretando possível diminuição da vida social, aumento dos níveis de estresse, perda da autoestima, tristeza e solidão, incorporadas à realidade de ter um ente querido adoecido na certeza da morte e o consequente desenvolvimento do luto, anterior à morte de fato, que se estabelece desde o diagnóstico e prognóstico (Tavares, 2019), compreendendo o cuidar de um familiar enfermo desencadear desgaste físico e emocional, podendo, se não analisado, comprometer o cuidado e a saúde também de quem cuida (Eugenio & Savaris, 2021).

Por conseguinte, através da presente investigação, objetiva-se compreender os níveis de saúde mental de familiares cuidadores de pacientes oncológicos adultos, dado sua inserção em um cenário envolto por sentimentos ambíguos e turbulentos, fomentando a produção de conhecimentos para a promoção de maior qualidade de vida para estes indivíduos, especialmente em paralelo aos altos índices de casos de câncer nos seios familiares.

MATERIAIS E MÉTODO

Desenho

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo descritiva, que visou examinar questões relativas à saúde mental de cuidadores familiares principais acerca do processo de adoecimento de um ente querido.

Participantes

A pesquisa se deu nas dependências do Hospital Universitário Santa Terezinha – HUST, na cidade de Joaçaba, SC- BR, com 20 (vinte) cuidadores familiares que se mostraram disponíveis e interessados, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, abordados durante período de internação ou de administração de quimioterápicos em seus familiares enfermos, após autorização da equipe pedagógica do hospital. A coleta de dados se deu no ambulatório de oncologia e na ala de internação oncológica do hospital, realizadas através de entrevistas individuais com duração média de 20 minutos, no decorrer de dois dias durante o mês de maio do presente ano.

Instrumentos

Para identificar as características sociodemográficas dos participantes, utilizou-se de um Questionário Semiestruturado de dados Sociodemográficos, desenvolvido pelas pesquisadoras, composto por 8 (oito) questões abertas e 32 (trinta e duas) fechadas, com aplicação individual enquanto a compreensão do estado geral de saúde mental dos participantes da pesquisa, se deu através da aplicação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). A investigação da presença de sintomas de ansiedade, depressão e de desesperança foi executada por meio da aplicação das Escalas Beck, instrumentos estes, caracterizados como de medida da intensidade da depressão (BDI), medida de aspectos e intensidade da ansiedade (BAI) e medida da dimensão do pessimismo ou desesperança (BHS).

Procedimentos

A análise dos dados se deu de forma descritiva, seguida de uma análise categorial, de modo a categorizar os dados sociodemográficos identificados, através de tabelas e recortes de relatos. No que se refere aos dados oriundos do Questionário de Saúde Geral e das Escalas Beck, estes foram tabulados a fim

de, também, estabelecer categorias orientadoras, possibilitando a compreensão de relações entre os resultados dos diferentes instrumentos, utilizando-se de tabelas e gráficos seguindo os pressupostos descritos nos próprios manuais dos instrumentos supramencionados.

Este trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade do Oeste de Santa Catarina e aprovado sob o parecer nº 6.021.469.

RESULTADOS

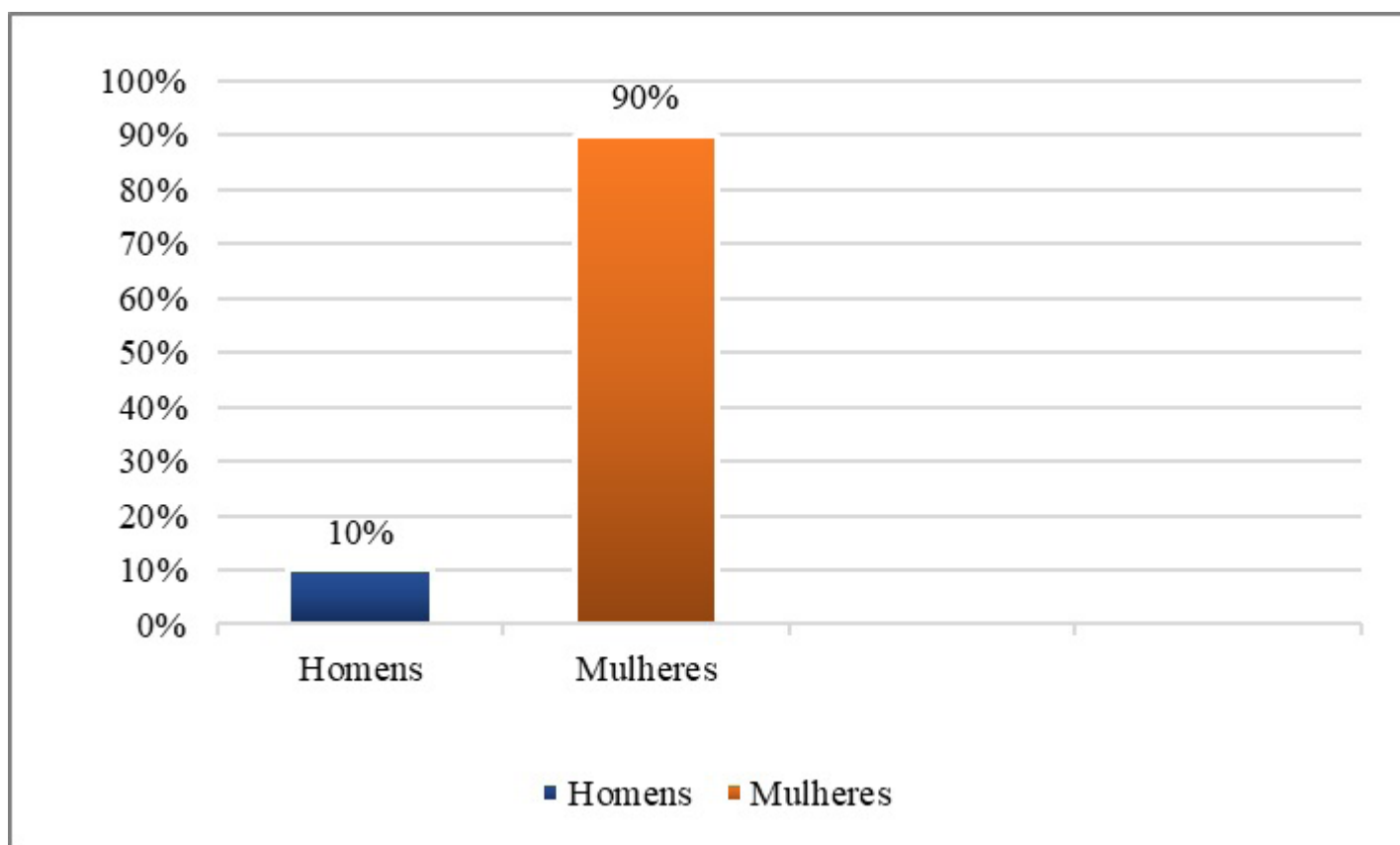
Perfil dos cuidadores

Dos 20 cuidadores entrevistados, oriundos de 11 diferentes cidades, 85% (n = 17) considera-se branco e faz parte da religião católica, apresentando idade média de 44,05 anos, majoritariamente casados

ou em união estável, tendo entre 1 e 3 filhos. É possível observar que 90% (n = 18) dos cuidadores entrevistados eram do sexo feminino:

Figura 1.

Porcentagem de cuidadores de acordo com o sexo



Sendo elas, ainda, em sua maioria filhas e esposas, representando 45% (n = 9) e 20% (n = 4) da amostra respectivamente, predominância esta, observada historicamente dado que, desde a antiguidade, cabe à mulher o papel social de cuidar da família, do lar, assim como das pessoas que adoecem, ainda que a sociedade tenha sofrido diversas transformações ao

longo das últimas décadas (Moura *et al.*, 2016).

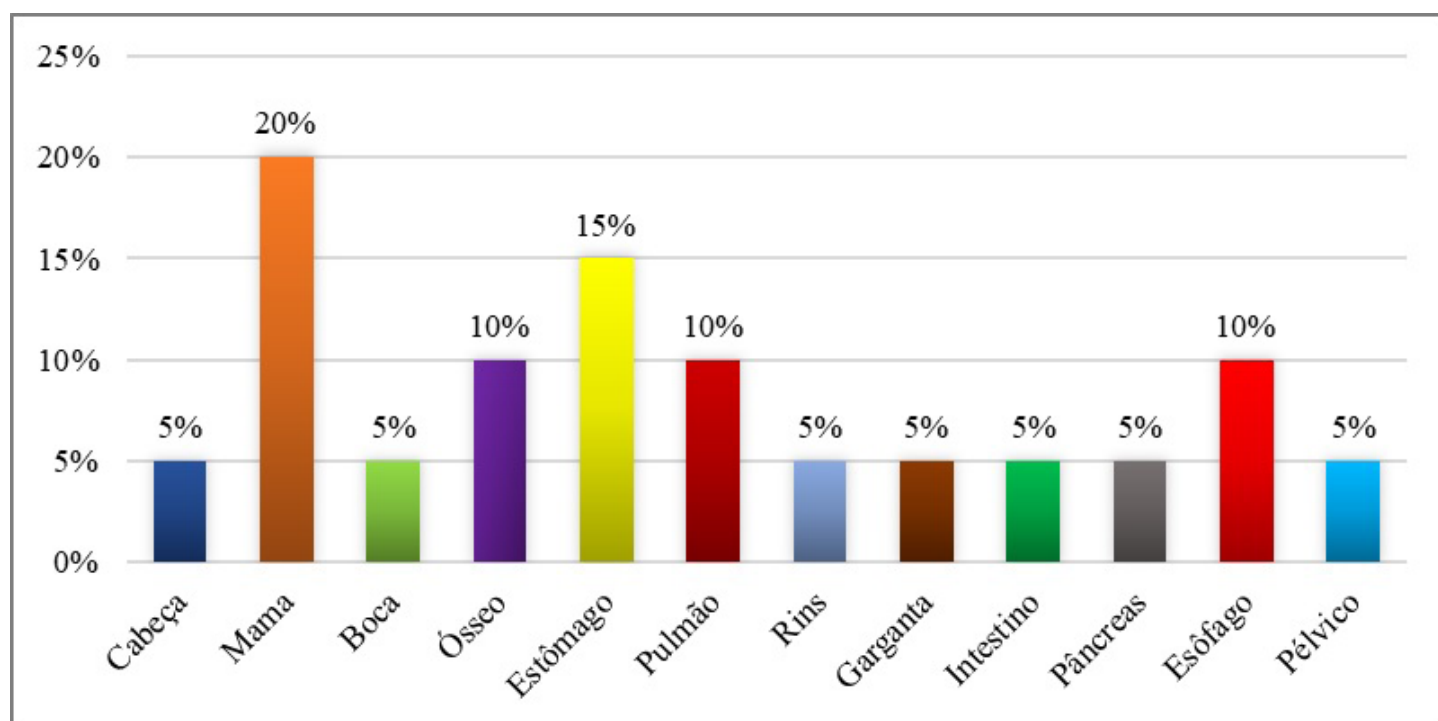
Como foi observado, 90% (n = 18) dos cuidadores são mulheres (Gráfico 1) e, desta porcentagem 30% (n = 6) se encontra submerso ao ambiente doméstico e, conseqüentemente, ao ato de cuidar, uma herança sociocultural que se derrama das camadas sociais ainda na atualidade, especialmente diante do traçar

da imagem da mulher como representação de imagem de devoção e sacrifício, qualidades naturalmente ligadas à maternidade e a natureza feminina (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012). Isto se relaciona, também, ao fato de 80% (n = 16) das cuidadoras entrevistadas terem filhos, incluindo, neste recorte, 100% (n = 6) das cuidadoras que se dedicam integralmente às atividades domésticas.

O tempo de cuidado varia entre 2 a 4 anos de cuidado de pacientes caracterizados por serem 55% (n = 11) do sexo feminino, apresentando idade média de 66,1 anos, 45% (n = 9) em internação oncológica e 55% (n = 11) em atendimento ambulatorial, sendo mais acometidos por câncer de mama, estômago e pulmão, conforme indica o gráfico:

Figura 2.

Porcentagem de cuidadores de acordo com o sexo



As informações obtidas vão ao encontro com os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2022) que estima o câncer de mama ser o mais incidente no mundo, seguido pelo câncer de pulmão e estômago. Os tratamentos recebidos pelos pacientes variam de quimioterapia, realizada por 100% (n = 20) dos

indivíduos, radioterapia e cirurgia, realizados por 25% (n = 5) e 20% (n = 4) dos indivíduos na ordem apresentada, em tratamento por tempo médio entre 1 e 2 anos.

A Presença de Sintomas de Ansiedade, Depressão e de Desesperança

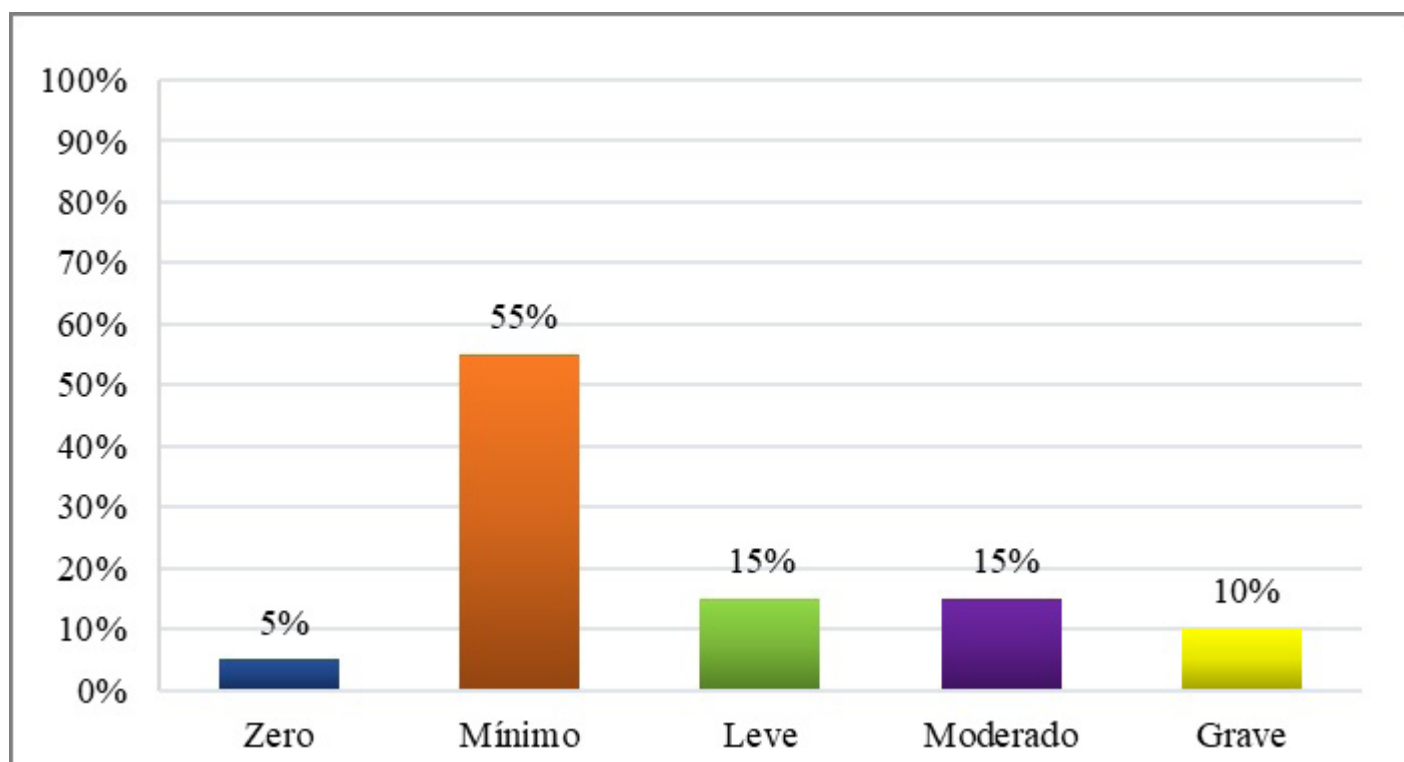
A vivência do adoecimento em um familiar repercute em alterações psicológicas, como ansiedade e estresse, depressão e desesperança os quais tendem a implicar em sintomas físicos observados nos indivíduos, como cansaço, dores musculares, alterações do apetite com ganho ou perda de peso, e demais alterações o âmbito emocional (SILVA, 2019). Estudos apontam para a prevalência de algum tipo de transtorno mental em cuidadores familiares, concluindo o cuidado à pessoa doente, a longo prazo, ser importante fato desencadeador de adoecimento mental, sobretudo de síndromes depressivas (Pawlowski et al., 2010; Barroso et al., 2007; Gomes et al., 2018; Garbelini, 2014; Silva et al., 2017).

Observam-se níveis elevados de ansiedade na população correspondente aos cuidadores, podendo preexistir e serem agravados no decorrer do desempenho da função ou mesmo ser desenvolvida ao longo do cuidar, ou seja, a identificação de quadros de ansiedade em cuidadores pode significar indicadores de sobrecarga vivenciada com o acúmulo de tarefas inerentes à função (Oliveira, 2021). De acordo com Rezende (2005), em sua investigação com 133 cuidadores de pacientes sem possibilidades de cura, observam-se, entre outros fatores, 84% referirem mudança na rotina pelo fato de cuidar.

Diante da investigação realizada, através da escala Beck de Ansiedade BAI é possível observar presença de sintomas referentes à ansiedade em 95% (n = 19) dos cuidadores, porém em diferentes níveis, conforme gráfico 3 a seguir:

Figura 3.

Presença de Ansiedade nos cuidadores



Os dados apresentados vão ao encontro com achados sobre estados em ansiedade em cuidadores. Santos e Gutierrez (2013), em estudo, evidenciaram que 80% da sua amostra apresentou traços compatíveis com ansiedade, enquanto Rezende (2005), evidenciou detecção de ansiedade em 99% (n = 19) dos cuidadores principais analisados, isto, presumivelmente, devido ao alto nível de sobrecarga vivenciado pelos cuidadores.

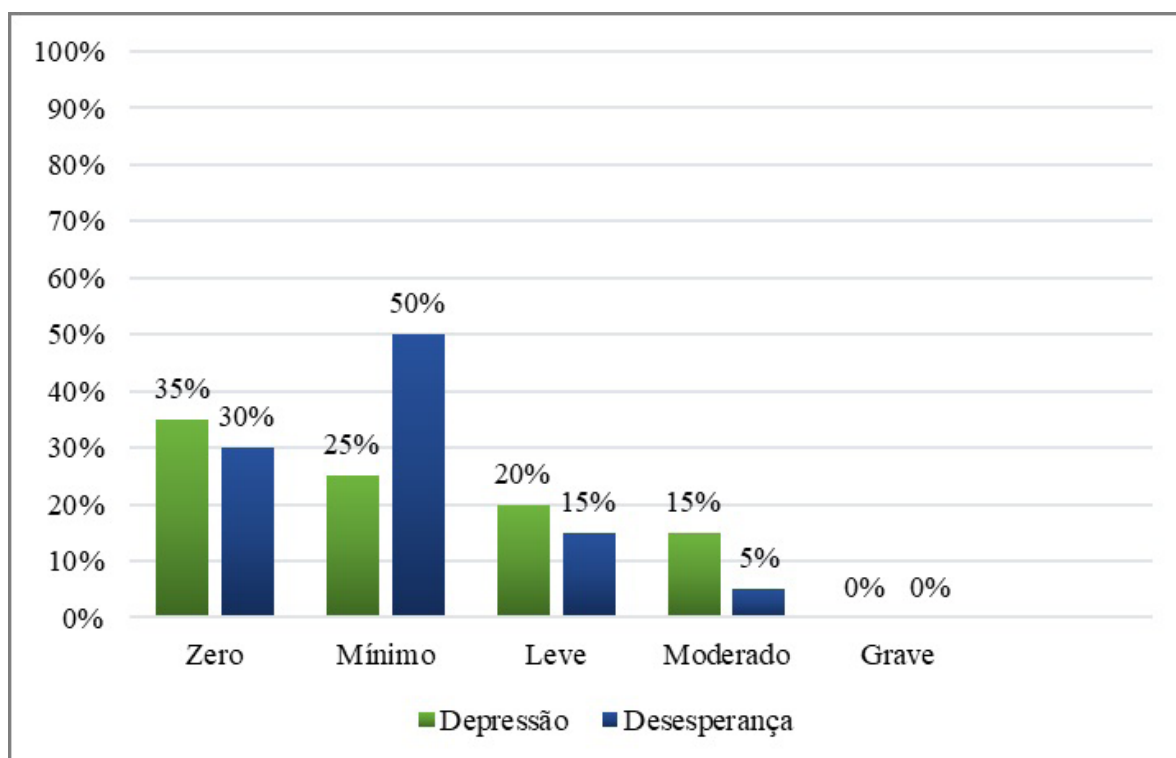
Ainda, se faz necessário analisar o fato de a presença de ansiedade em cuidadores ser expressiva, porém, os níveis em que se mostra são diversos. Dos cuidadores, apenas 10% (n = 2) apresenta ansiedade em nível considerado grave e 15% (n = 3) em nível moderado, o que aponta necessidade de atenção à presença de ansiedade em níveis patológico, enquanto os outros 70% (n = 14) apresentam ansiedade entre níveis leve e mínimo, possivelmente ligados ao ato

do cuidar, uma vez que a identificação de quadros de ansiedade em cuidadores, em menores níveis, pode significar indicadores de sobrecarga vivenciada com o acúmulo de tarefas inerentes à função (Oliveira, 2021).

No que concerne a investigação de sintomas referentes à Depressão e Desesperança, é importante realizar análise paralela, uma vez que mesmo sendo distintas, estão atreladas uma vez que, do ponto de vista psicopatológico, os quadros depressivos têm como elementos mais proeminentes o humor triste e desânimo, desproporcionalmente mais intensos e duradouros, caracterizando-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos e instintivos, contemplando especialmente a desesperança (Dalgalarondo, 2019). O gráfico 4 indica os resultados obtidos, conforme pode-se apreciar:

Figura 4.

Presença de Depressão e Desesperança nos cuidadores



Os resultados obtidos, em ampla análise, mostram-se equivalentes e defrontam-se com resultados de outros estudos relacionados, especialmente, a presença de depressão e em cuidadores. Estudos de Santos e Gutierrez (2013), também, indicam presença de sintomas depressivos em 42% dos cuidadores, enquanto na de Santos (2019) a presença de sintomas é percebida em 54%, sem presença significativa de sintomas referentes à depressão grave, com apenas 4% e em estudo realizado na Turquia, no ano de 2017, observou-se que 61,1% dos entrevistados possuíam depressão e sinais de desesperança (Saritaş & Işik, 2017).

Ainda que os resultados logrados sejam expressivos, com detecção de sintomas depressivos em 60% (n = 13) e de desesperança em 70% (n = 14), cabe analisar as classificações de cada parcela de porcentagem. Enquanto a ausência de sintomas depressivos possui maior expressividade de resultados, com 35% (n = 7), a desesperança recebe destaque na presença de sintomas em nível mínimo, categoria não indicadora de patologias, ainda que os resultados relativos a ausência de desesperança seja bastante semelhante à de ausência de depressão, com diferença percentual de 5% (n = 1).

O que pode ser observado, ainda, é o enfoque dos resultados; ao passo que os sintomas de desesperança estão majoritariamente agrupados entre presença mínima ou não presença de sintomas, os resultados referentes aos sintomas depressivos apresentam distribuição semelhante e equilibrada, indicando relevante presença de sintomas em níveis leve, com 20% (n = 4), e moderado, com 15% (n = 3), indicando diferença percentual de 5% (n = 1) assinalando, assim como no tocante aos sintomas ansiosos, plausibilidade de tais conclusões serem resultantes do momento atual de vida.

De modo geral, quando em foco a análise dos resultados referentes às três áreas de investigação, sendo elas a ansiedade, depressão e desesperança, percebe-se convergência entre as conclusões obtidas, posto que integralmente corroboram entre os dados exibidos, categorias de análise e demais conhecimentos ponderados em distintos estudos,

podendo relacionar-se, ainda, à atual condição em que os indivíduos encontram-se inseridos, porquanto sabe-se o cuidar de um familiar doente representar uma grande sobrecarga que afeta a qualidade de vida e saúde mental do indivíduo cuidador, podendo desencadear questões voltadas à saúde mental, bem como o surgimento de sintomas relativos a transtornos e patologias de cunho emocional (Garbelini, 2014), o que justifica a identificação de sintomas de ansiedade, depressão e desesperança em todos os cuidadores participantes da investigação, diferindo em níveis e frequência diante de peculiaridades inerentes a cada indivíduo e diferentes realidades.

Saúde Mental dos cuidadores

A doença se instala como uma crise na família que vivencia uma ruptura em seu cotidiano e precisa encontrar maneiras de responder às novas demandas impostas pelo adoecimento de um de seus membros. O adoecimento e sua progressão recorrentemente despertam nos cuidadores sensações de impotência, medo, culpa, isolamento, preocupações e diversas outras que impactam diretamente a qualidade da saúde mental do indivíduo, especialmente daquele que não conta com amparo psicológico (Arrais, 2018).

Dos 20 (vinte) cuidadores entrevistados, apenas 15% (n = 3) afirmam ter diagnóstico de algum transtorno de ordem emocional, representando também a pequena parcela de participantes que realizam acompanhamento com profissionais da psicologia (15% – n = 3). Cabe indicar que, dos critérios utilizados na escolha de quem seria o cuidador principal, apenas 1 (um) relaciona-se com fatores relativos à saúde mental, conforme indicado pelo sujeito 1 “Pensamos em quem teria mais força psicológica para enfrentar a situação” (feminino, 31 anos).

A escolha do cuidador não costuma ser ao acaso e a opção nem sempre é do cuidador, sendo muitas vezes a expressão de um desejo do paciente ou mesmo a falta de outra opção, podendo também ocorrer pelo sentimento de responsabilidade de um familiar que assume esse cuidado (Camargo, 2010),

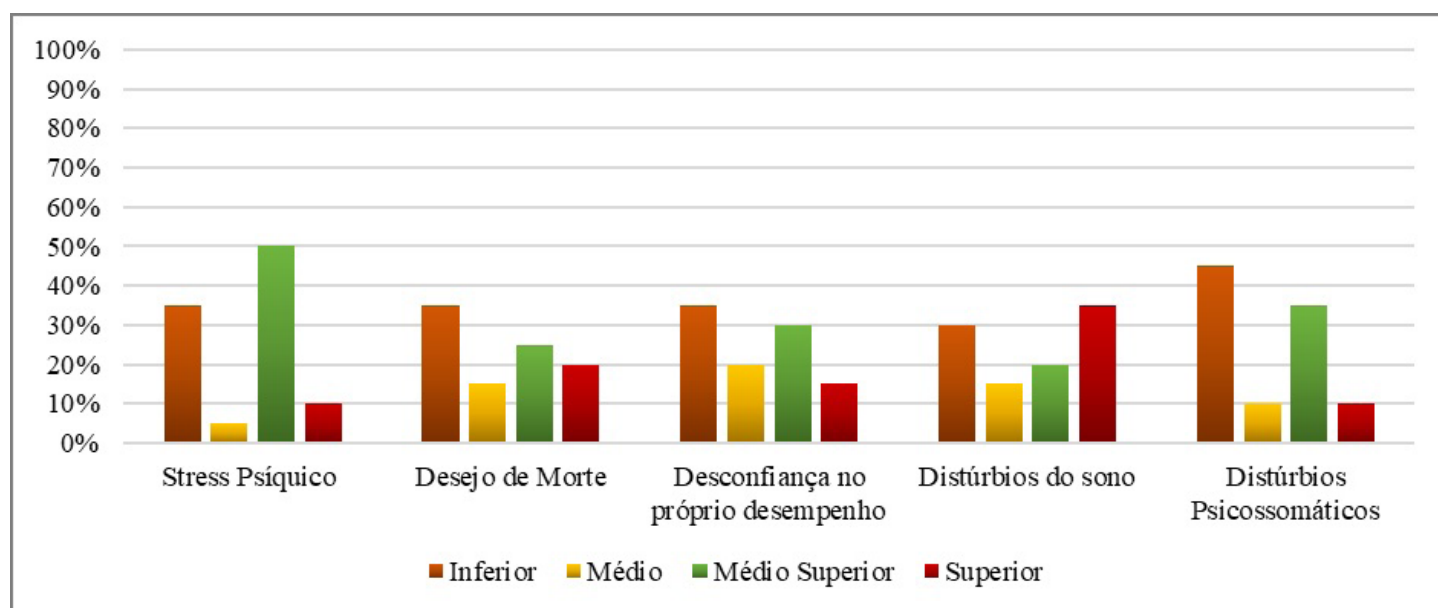
conforme pode ser visto nos discursos dos sujeitos 2 e 3 que afirmam “Não tive opção de escolha, pois moro com eles” (feminino, 19 anos) e “Ela é minha prima, sempre me ajudou, agora é a minha vez de ajudar ela” (feminino, 27 anos).

Quando a família e o familiar cuidador não conseguem encontrar alternativas viáveis para o manejo da situação, surge uma forte tendência para a desorganização emocional, trazendo

consequências negativas para o bem-estar e saúde mental do cuidador, além de favorecer a experiência de desgaste psicológico e vivência de conflitos e sentimentos ambivalentes, o que faz com que muitos dos cuidadores acabem se tornando pacientes de ordem emocional. Quando em foco os níveis de indicadores de saúde mental dos cuidadores, ou déficits, os seguintes resultados são observados:

Figura 5.

Indicadores de Saúde Mental em cuidadores



Observados os resultados, é possível verificar presença de Stress Psíquico nos cuidadores participantes, com 50% (n = 10) dentro da categorização médio superior, bem como a presença de Distúrbios do Sono em 35% (n = 7) dos participantes, caracterizando necessidade de alerta, uma vez que se encontram dentro da categoria superior em relação a presença de sintomas relativos.

De acordo com Roudinesco (2000), o stress psíquico manifesta-se atualmente sob a forma de depressão em que se misturam a tristeza e a apatia, podendo ser caracterizado, resumidamente, como um complexo

de condições psicológicas que, mesmo não sendo pensado como doença, gera sinais e sintomas que indicam sofrimento. Girardon-Perlini e Faro (2005), em sua obra, expõe as dificuldades manifestadas pelos cuidadores não expressarem apenas dificuldades específicas a atividades referentes ao cuidado, mas sim questões muito mais subjetivas relacionadas à dinâmica familiar e ao sentimento dos cuidadores, conforme afirma o sujeito 1 “Precisa ter a mente forte para passar isso para a pessoa, para conseguir motivar” (feminino, 31 anos).

Quando em foco os sentimentos experimentados

pelos cuidadores em relação ao ato de cuidar de um ente querido, as questões subjetivas destacam-se, corroborando com as informações observadas no Gráfico 5, podendo ser elucidadas através dos discursos dos sujeitos 4 e 5 que afirmam os sentimentos mais experimentados serem marcados por “Preocupação, medo de perder” (feminino, 51 anos) e “Sentimento de frustração, pois não tenho o controle da situação da doença. Aprender a viver um dia de cada vez. Medo da perda” (feminino, 39 anos). De mesma forma, os distúrbios de sono indicados em níveis superiores também podem ser observados através de fatores evidenciados na narrativa dos participantes, especialmente quando relatam sobre as maiores dificuldades em ser o cuidador principal, afirmando, conforme o sujeito 6 “Dificuldade é no hospital por não ter lugar para dormir bem” (feminino, 64 anos).

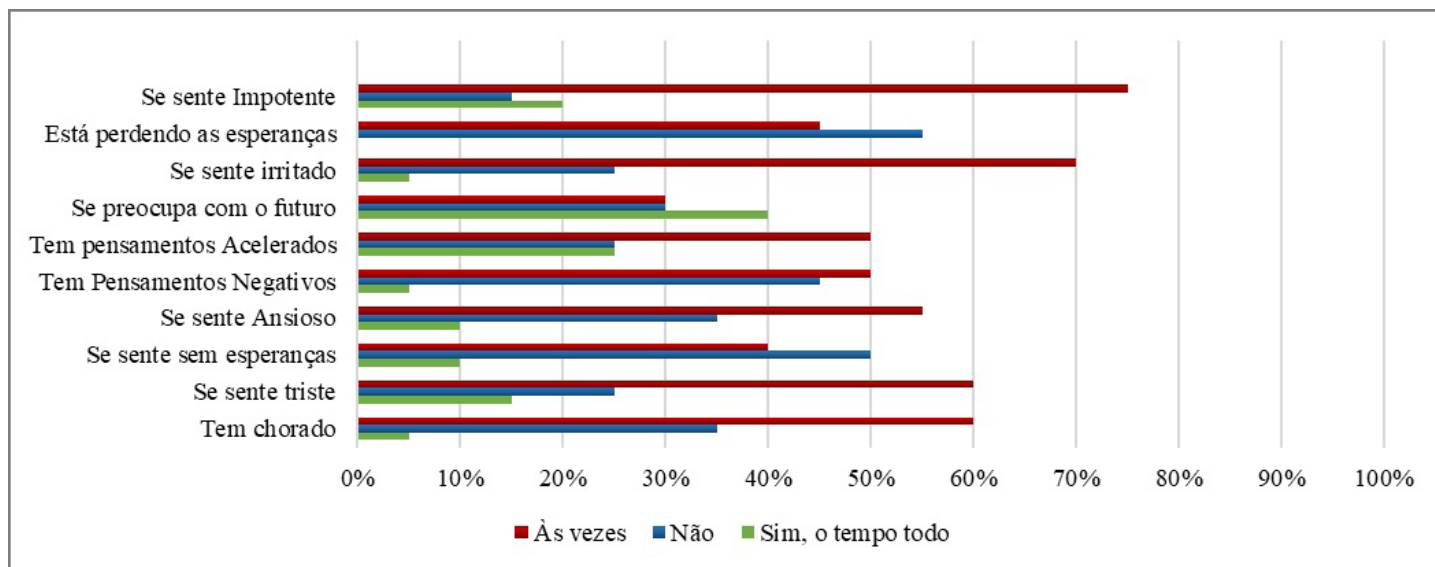
Cuidadores de pessoas com doenças crônicas são frequentemente descritos como portadores de problemas de sono, apresentando mais dificuldade em começar a dormir, têm despertares frequentes não provocados (Hemmingsson *et al.*, 2009). Estudos indicam que a qualidade de sono ruim e a sobrecarga ocasionada pelo cuidar estão associados a níveis mais elevados de depressão e ansiedade (Gallagher *et al.*, 2008), incluindo o fato de, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM-IV), o comprometimento do sono fazer parte dos critérios diagnósticos para depressão e ansiedade, além de ser um fator de risco para o surgimento destes (Crippa, 2023).

Um estudo de Garrido e Menezes (2002), realizado no estado de São Paulo, trouxe à luz um importante aspecto de análise, evidenciando associação direta entre o nível de impacto e efeitos psicológicos e físicos no cuidador e o tempo de cuidado, indicando a exposição prolongada a uma ocasião potencialmente causadora de estresse levar ao esgotamento geral do cuidador reduzindo linearmente o bem-estar e níveis de saúde mental ao longo do tempo com a exposição a uma condição estressante. Os discursos dos sujeitos 7 e 8 sistematizam tal afirmação, quando apontam que o cuidar “Exige muito esforço diário, porque sempre devemos saber que estamos cuidando de uma pessoa/ser humano onde o desgaste físico e mental fica para quem cuida” (feminino, 40) além de expressar o sofrimento alheio ser experimentado, também, pelo cuidador, afirmando “O sofrimento da pessoa, isso não parece, mas atinge a gente” (feminino, 62 anos).

Em relação ao tempo de cuidado, 30% (n = 6) dos cuidadores participantes indicaram prestarem cuidados ao familiar em questão por mais de 4 (quatro) anos, 30% (n = 6) entre 1 e 2 anos e 25% (n = 5) estarem como cuidadores há mais de 6 meses, enquanto apenas 10% (n = 2) afirmaram ocuparem a posição de cuidadores por menos de 6 meses. Quando em discussão questões referentes a autorreflexão acerca de suas vivências emocionais, pode-se verificar 30% (n = 6) dos cuidadores preocuparem-se com o futuro o tempo todo, além de afirmarem sentirem-se irritados ou vivenciando sentimento de impotência eventualmente, como pode-se contemplar abaixo:

Figura 6.

Autorreflexão



Em contrapartida, sob outro prisma, identificam-se baixos níveis de desesperança e, também, de pensamentos negativos o que pode relacionar-se, essencialmente, ao contexto psicoespiritual, com a fé, o sentir-se em paz e espiritualmente confiante, além de o encontrar sentido na experiência vivida (Matos, 2012). De acordo com a pesquisa de Marques (2018), quanto mais dependente o familiar enfermo, mais o cuidador refugia-se na relação consigo mesmo, com Deus (fé, força interior), com as emoções e sentimentos relacionados com o objetivo de proporcionar bem-estar, aspectos que determinam maiores níveis de esperança.

Tais resultados apontados por Marques (2012) e Matos (2018), podem ser validados através de narrativas dos sujeitos 9 e 7 sobre a experiência de ser um cuidador, onde afirmam o cuidar ser “Um dom de Deus” (feminino, 54 anos) e que, também é “Lindo, uma experiência única em cada situação, porque ao mesmo tempo em que você se disponibiliza em cuidar você também aprende que em tudo que faz é preciso amor, paciência e ética” (feminino, 40 anos).

Neste interim, através dos discursos, é possível apreender a presença de sentimentos de ambivalência,

uma vez que o cuidador pode, muitas vezes, perceber-se como úteis, necessários e insubstituíveis ao ponto de não poder deixar de cuidar do outro, sendo o único capaz de perceber as necessidades do familiar e o único capaz de cuidar e zelar por este, porém, concomitante a isto, experienciar exaustão que, aliada ao cansaço e a rotina exaustiva, proporciona o desejo o fim de tantas obrigações, gerando dualidade entre os sentimentos de culpa pelo desejo do fim, esperança pela tranquilidade e a ansiedade transpassada pelos dois limiares (Nucci, 2019). Este surgimento de sentimentos ambivalentes é demonstrado a partir da afirmativa do sujeito 9, que afirma que “É bom ser útil, mas muito ruim não poder fazer tudo como desejamos” (feminino, 54 anos), para além do medo, diante da pontuação do sujeito 5 “Tenho medo da perda. (Difícil) conciliar o tempo com marido e filho pequeno, além do trabalho” (feminino, 39).

Através das análises, as informações resultantes acerca da saúde mental dos cuidadores familiares investigados vão de encontro com as afirmativas de Silva, Menegalli e Oliveira (2021, p. 98), especialmente quando referem a sobrecarga mental manifestar sensações de cansaço e intensa preocupação, muitas

vezes acompanhados de distúrbios de sono, além de a repetitividade da rotina, muitas vezes ininterrupta, provocar importantes restrições na vida do cuidador, que repercutem como prejuízos à saúde física, mental emocional, social e espiritual. Neste sentido, o sujeito 10 diz que “É angustiante, a sensação de frustração e autocobrança as vezes bate com força. Em contrapartida, a sensação de gratidão por poder cuidar com carinho e respeito é frequente” (feminino, 30 anos).

Em suma, ao analisar a condição em que o indivíduo está inserido durante o processo de cuidar de um familiar adoecido conjuntamente com os índices de sofrimento emocional apresentados, é possível perceber estes estarem mais propensos ao desenvolvimento de sobrecargas emocionais, especialmente diante do fato de vivenciarem uma complexidade que envolve tristeza, insônia, estresse, depressão, ansiedade e, por vezes, doenças psicossomáticas.

Alternativas para promoção de Saúde Mental aos cuidadores

É sabido uma das consequências mais recorrentes de se ter um ente querido com diagnóstico de câncer ser caracterizada pelas mudanças e redistribuição de papéis na família, levando a uma reorganização familiar que antecipa a perda e acompanha todo o processo de sofrimento, medo e luto em relação ao ente querido (Anngela-Cole & Busch, 2011; Areia *et al.*, 2018; Pusa *et al.*, 2012; Sutherland, 2009).

Os contextos social e cultural exercem importante influência na vivência e expressão dos sentimentos relacionados ao adoecimento de um familiar e, apesar da quase universalidade do impacto emocional do diagnóstico de câncer, compreendido muitas vezes como uma implacável sentença de morte da pessoa adoecida, as atitudes assumidas pelos familiares variam em conformidade com os distintos significados atribuídos às alternativas utilizadas pela família para enfrentar o momento (Silva *et al.*, 2019).

Dado o momento vivenciado ser permeado por

fragilidades, os familiares passam a demonstrar comportamentos defensivos em que retêm suas emoções objetivando reduzir o contato do familiar acometido pela doença com o sofrimento, além da limitação da expressão de suas necessidades pessoais na intenção de adaptação, passando a viver única e exclusivamente em função do ente querido, sacrificando seu bem-estar e saúde emocional com o intuito de priorizar o atendimento das demandas do(a) familiar fragilizado, o que pode ampliar sua própria vulnerabilidade, principalmente ao passo que automatizam suas tarefas cotidianas de modo a encontrar proteção da dor psíquica (Silva *et al.*, 2019; Ambrósio & Santos, 2011).

Esta atitude recorrente de tentar manter as aparências e se mostrar sempre forte e resiliente é vista em muitos dos discursos dos cuidadores entrevistados, como no dos sujeitos 11 e 12 que afirmam ser necessário ter “Paciência e força. Paciência com a minha mãe e força sentimental e física para aguentar e não deixar a pessoa triste” (masculino, 20 anos), além de ser importante “tentar sempre passar pensamentos de otimismo, dar sempre esperanças que vai ficar tudo bem” (feminino, 62 anos).

Todavia, esta atitude de resignação tende a cobrar altos preços no futuro, especialmente quanto seus níveis de saúde mental uma vez que, para manter estes padrões, o cuidador adota comportamentos de esquiva e evitação sobre o assunto da doença, tanto com o familiar doente quanto com profissionais, silenciando suas angústias e sentimentos de temor e apreensão (Silva *et al.*, 2019), especialmente quando, segundo a afirmação do sujeito 1, a maior dificuldade ser “[...] permanecer forte sem demonstrar fraqueza” (feminino, 31 anos).

Esta prática voltada à esquiva leva o cuidador a necessitar de diferentes tipos de suporte, especialmente devido a variação dos estressores e pelo fato de uma doença crônica de um familiar afetar diretamente objetivos e anseios do cuidador principal (Rolland, 1995). Cada integrante do sistema familiar vivenciará e perceberá a situação da doença e do cuidar de formas distintas, uma vez que o ser humano é dotado de subjetividade e que esta

influencia diretamente sua maneira de compreender o mundo a sua volta.

Segundo Costa (2012), existem diversas formas de intervenção com os familiares imersos no cuidado, de modo a promover saúde mental e qualidade de vida a estes, sendo os atendimentos individuais e os grupos terapêuticos indicados conforme a necessidade de cada familiar. O autor pontua, ainda, que a intervenção do psicólogo tem por finalidade oferecer um suporte emocional para que o familiar possa enfrentar de forma menos dolorosa possível a situação atuando, nesta perspectiva, de modo a reforçar os vínculos afetivos entre família e paciente, facilitando um diálogo verdadeiro, capacitando-os a compartilhar experiências e emoções (Costa, 2012).

Outros autores, como Menezes *et al.* (2007), ressaltam que o oferecimento de um sistema de suporte à família, que facilite a compreensão do processo da doença em todas as fases, tende a diminuir impactos emocionais e sintomas psicossomáticos nos familiares. Destarte, uma comunicação eficiente com a equipe de saúde e o repasse do máximo de informações sobre o tratamento e os cuidados específicos ao paciente, são aspectos essenciais de suporte à família, dado a falta de informações sobre a condição do paciente ser um fator central da causa de estresse e ansiedade familiar, podendo, também, ser observado na afirmação do sujeito 13, que diz a pior parte ser “quando você tem que questionar os profissionais de saúde quanto ao atendimento. Nem sempre somos atendidos. Me sinto impotente” (feminino, 58 anos).

Algumas alternativas para promoção de saúde mental podem ser oferecidas através de apoio instrumental, espiritual, psicossocial, informacional, emocional e físico, relacionando-se com cada fase da doença e com cada perfil familiar (Zarit, 2004; Kerr *et al.*, 2004). A espiritualidade ou religiosidade podem ser utilizadas como uma estratégia de direcionamento e fortalecimento emocional dos familiares. Referenciadas como práticas já vivenciadas e que são intensificadas com o diagnóstico do câncer, são citadas por familiares como instrumentos de força e resistência, essa estratégia tem sido apontada como

fator protetivo da saúde mental (Vale *et al.*, 2019)

Por outro lado, Kent e Dionne-Odom (2018) indicam a necessidade de sistemas de saúde e hospitais avaliarem proativamente o sofrimento do cuidador familiar e proporcionar análise de suas necessidades de serviço, além de assinalarem a imprescindibilidade de considerar aprimorar seus programas de atendimento para rastrear, avaliar e prestar serviços diretos aos cuidadores familiares, viabilizando a proteção e manutenção da saúde mental destes indivíduos.

Quanto à produção da saúde mental, Costa *et al.* (2015) afirmam que, por proporcionar a integração dos sujeitos e estimular a comunicação e a partilha de sentimentos, opiniões e discussões, rodas de conversa podem proporcionar, neste contexto, o fortalecimento e empoderamento dos envolvidos, além da ampliação da comunicação interpessoal e da capacidade de resolver conflitos frente aos desafios impostos pelo cuidar, podendo colaborar com a redução dos agravos relacionados ao sofrimento psíquico gerados a partir dos riscos, incertezas, conflitos e situações comuns ao período em que estão vivenciando, caracterizado pelo doar de seu tempo e atenção, contribuindo para a promoção da saúde mental.

É importante mencionar, ainda, o suporte psicológico oferecido ao familiar cuidador ser indiscutivelmente necessário, pois contribui diretamente para um menor sofrimento e para o fortalecimento tanto no contexto hospitalar, quanto no âmbito familiar, além de proporcionar suporte qualificado no período inicial do tratamento da doença até os últimos estágios enfrentados (Oliveira & Paz, 2015).

DISCUSSÃO

São observadas as mais diversas dinâmicas de organização em cada sistema familiar, especialmente quando estes se deparam com a vivência do câncer por algum de seus membros. Conforme elucidado através dos expostos, a vida da pessoa responsável pelos cuidados de um familiar acometido pela doença passa por inúmeras alterações, especialmente sociais e de ordem emocional uma vez que os desafios impostos se relacionam diretamente com seu modo de viver e conviver com o outro.

Neste estudo, pode ser percebida a necessidade de adaptação às mudanças e suas repercussões nos níveis de saúde mental e bem-estar de cada cuidador, indicando as consequências psicossociais do cuidar de um familiar em tratamento abrangerem o nível psicossocial de cada indivíduo de forma efetiva. Em níveis de prejuízo de saúde mental, é observada a presença de sintomas ansiosos e depressivos aliados à desesperança em todos os cuidadores, estes amparados em seus discursos e indicações de dificuldades enfrentadas diariamente no processo do cuidado em relação a si e, também, ao outro.

Diante do impacto causado pela doença em um familiar, caracterizado especialmente pelo aumento dos níveis sintomáticos de desordens de origem emocional, se mostra basilar o oferecimento e utilização de planos de enfrentamento e de reação diante do problema. Neste sentido, o apoio psicológico, assim como demais redes de apoio, sendo elas formais ou informais, se mostra fundamental, favorecendo o suporte necessário para o enfrentamento da situação, promoção do sentimento de amparo e diminuição da incidência dos prejuízos emocionais.

Por fim, considerando a família viver diariamente uma situação onde a doença oncológica exige redefinições e adaptações constantes, além da indispensabilidade de considerar as necessidades de cada indivíduo em sua singularidade, observando os resultados obtidos através desta investigação, compreende-se existir uma grande necessidade de desenvolvimento de produções científicas voltadas a

elaboração de estratégias de prevenção e manutenção da saúde mental dos cuidadores familiares, além de atenuação de possíveis prejuízos já estabelecidos, para além de estudos que visem compreender, de forma mais ampla e rigorosa, o estado atual de saúde mental deste público de modo a efetivar as estratégias a serem desenvolvidas.

CONFLITOS DE INTERESSES:

Autor do presente manuscrito declara não a ver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ambrósio, D. C. M. & Santos, M. A. (2015). Apoio social à mulher mastectomizada: Um estudo de revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (3), 851-864. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.13482014>

Anngela-Cole, L. & Busch, M. (2011). Stress and grief among family caregivers of older adults with cancer: A multicultural comparison from Hawai. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 7 (4), 318-337. <http://dx.doi.org/10.1080/15524256.2011.623460>

Arrais, R. H. (2018). *Comunicação entre cuidadores familiares e pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos: um estudo na perspectiva da Psicologia Analítica*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica]. Universidade de São Paulo. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-29102018-153733/pt-br.php>

Areia, N. P., Fonseca, G., Major, S. & Relvas, A. P. (2018). Psychological morbidity in family caregivers of people living with terminal cancer: Prevalence and predictors. *Palliative and Supportive Care*, 17 (3), 286-293. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000044>

Barbosa, P. Z. & Rocha-Coutinho, M. L. (2012). Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicologia & Sociedade*, 24 (3), 577-587. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326585010>

Barroso, S. M., Bandeira, M. & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (6), 270-277. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000600003>

Camargo, R. C. V. F. de. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. São Paulo: *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 6 (2). <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38715/41568>

Crippa, J. A. de S. (2023) Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM -5 -TR. 5, texto revisado. Porto Alegre: Artmed.

Costa, F. F. L. (2012). *Câncer Infantil: Sentimentos, Vivências e Saberes do Familiar/Cuidador*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia]. Universidade Católica Dom Bosco. <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/13115-via-defesa.pdf>

Costa, R. R. O., Bosco Filho, J., Medeiros, S. M. de & Silva, M. B. M. da. (2015). As rodas de conversa como espaço de cuidado e promoção da saúde mental. *Revista de Atenção à Saúde*, 13 (43), 30-36. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol13n43.2675>

Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Artmed.

Eugenio, A, P, L. & Savaris, L. E. (2021). A vivência de cuidadores/as de doentes de câncer: impactos, desafios e estratégias de enfrentamento. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 4 (3), 115-131. <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n3p115>

Fetsh C. F. M., Portella, M. P., Kirchner, R. M., Gomes, J. S., Benetti, E. R. R. & Stumm, E. M. F. (2016). Estratégias de coping entre familiares de pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62 (1), 17–25. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n1.175>

Gallagher, S., Phillips, A. C., Oliver, C. & Carroll, D. (2008). Predictors of Psychological Morbidity in Parents of Children with Intellectual Disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (10), 1129–1136, nov./dez. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn040>

Garbelini, A. S. (2014). *Funcionamento familiar como mediador da sobrecarga percebida, qualidade de vida, ansiedade e depressão de cuidadores familiares*. [Dissertação de Mestrado em Ciências]. Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-09012015-100223/pt-br.php>

Garrido, R. & Menezes, P. R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 3–6. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500002>

Girardon-Perlini, N. M. O. G. & Faro, A. C. M. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2 (39), 63–154. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005>

Gomes, M. L. P., Silva, J. C. B. & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, 10 (1). <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.530>

Hemmingsson, H., Stenhammar, A. M. & Paulsson, K. (2009). Sleep problems and the need for parental night-time attention in children with physical disabilities. *Child: care, health and development*, 35 (1), 89–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00907.x>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2022). Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>

Kent, E. E. & Dionne-Odom, N. (2018). Population-Based Profile of Mental Health and Support Service Need Among Family Caregivers of Adults With Cancer. *Journal of Oncology Practice*, 15, (2), 96–131. <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.18.00522>

Kerr, L. M. J., Harrison, M. B. & Medves, J.; Tranmer, J. (2004). Supportive care needs parents of children with cancer: transition from diagnosis to treatment. *Oncol Nurs Forum*, 31 (6), 116–126. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.E116-E126>

Lins, A. L. R., Mendonça, E. T. de, Moreira, T. R., Andrade, J. V., Ramos, D. H. S. & Pedretti, P. A. H. (2022). Assessing the burden of family caregivers of cancer patients: a cross-sectional study. *Medicina, Ribeirão Preto*, 55 (4), e-195985. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2022.195985>

Marques, R. M. D. (2014). *A promoção da esperança nos cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada: efetividade de um programa de promoção da esperança no conforto e na qualidade de vida*. [Dissertação de Doutorado]. Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/16962>

Mathias, C. V., Girardon-Perlini, N. M. O., Mistura, C., Jacob, C. da S. & Stamm, B. (2015). O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. *Rev. de Atenção à Saúde*, 13 (45), 80-86, jul./set. <https://doi.org/10.13037/RAS.VOL13N45.2818>

Matos, M. J. F. (2012). *O conforto da família em cuidados paliativos*. [Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos]. Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/15537>

Menezes, C. N. B., Passarelli, P. M., Drude, F. S., Santos, M. A. & Valle, E. R. M. (2007). Câncer infantil: Organização familiar e doença. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(10), 191-210. <https://doi.org/10.13037/RAS.VOL13N45.2818>

Nucci, N. A. G. (2019) Quem cuida de mim? In: AGUIAR, M. A. F. *Psico-oncologia: Caminhos do cuidado*. Summus.

Oliveira, T. R. (2021). Sobrecarga e resiliência de cuidadores familiares em serviços de oncologia públicos e privados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74 (06) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0388>

Oliveira, I. A. & Paz, C. E. D. O. da. (2015). Atuação do psicólogo junto ao paciente oncológico infantil e seus familiares. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 6 (1), 172-192, jan./jun. <https://doi.org/10.31072/rcf.v6i1.303>

Parkes, C. M. (1998). Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus.

Pawlowski, J., Gonçalves, T. R., Hilgert, J. B., Hugo, F. N., Bozzetti, M. C. & Bandeira, D. R. (2010). Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial. *Estudos de Psicologia, Natal*, 15 (2), 173-180. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2010000200006>

Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega, N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L. & Morais, S. S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (12), 737-743. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005001200006>

Rolland, J. S. (1995). Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B. et al. *As Mudanças no ciclo de vida familiar: uma estruturação para a terapia familiar*. Artes médicas.

Roudinesco, E. (2000). *Por Que a Psicanálise?*. Jorge Zahar Editor.

Santos, A. A. V. dos. (2019). *Sobrecarga e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4327/1/TESE%20.pdf>

Santos, C. F. & Gutierrez, B. A. O. (2013). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. *REME rev. min. Enferm.*, 17 (4), 792-798, out.-dez. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130058>

Sarıtaş, S. Ç. & Işık, K. (2017). Determining the Care Burden and Anxiety Levels of Caregivers of Elderly Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8 (16), 55-62. <https://doi.org/10.5543/KHD.2017.39306>

Silva, I. L. S., Machado, F. C. A., Ferreira, M. Â. F. & Rodrigues, M. P. (2015). formação profissional de cuidador de idosos atuantes em instituições de longa permanência. *Holos*, 31 (8). <https://doi.org/10.15628/holos.2015.3215>

Silva, F. M. da, Menegalli, V. & Oliveira, A. (2021). Saúde Mental dos Cuidadores de Idosos: Percepções e Experiências. *Epitaya*, 1 (11), 93-102. <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2021366p93>

Silva, J. S. (2009). *Trabalho, saúde e resiliência de cuidadores familiares de crianças e adolescentes em tratamento oncológico*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/17093/DIS_PPGENFERMAGEM_2019_SILVA_JAQUELINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Silva, F. M., Batista, E. C. & Cerqueira, G. R. (2017). O uso de fármacos ansiolíticos e antidepressivos pelo cuidador de idoso acamado. *Saúde em Foco*, 3 (2), 62-76. <http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2016.3.2.5>

Silva, B. C. A., Santos, M. A. dos & Oliveira-Cardoso, E. A. dos. (2019). Vivências de familiares de pacientes com câncer: revisitando a literatura. *Revista da SPAGESP*, 20 (1), 140-153. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v20n1/v20n1a11.pdf>

Sutherland, N. (2009). The meaning of being in transition to end-of-life care for female partners of spouses with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 7 (4), 423-433. <https://doi.org/10.1017/S1478951509990435>

Tavares, G. R. (2019). Cuidados paliativos, terminalidade e luto: profissional de saúde e os temas delicados. In: Aguiar, M. A. F. *Psico-oncologia: Caminhos do cuidado*. Summus.

Vale, J. M. M., Marques Neto, A. C., Santos, L. M. S. & Santana, M. E. (2019). Autocuidado do cuidador de adoecidos em cuidados paliativos oncológicos domiciliares. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.235923>

Zarit, S. H. (2004). Family care and burden at the end of life. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12). <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040196>

Tres dimensiones del cuidado de adolescentes que habitan residencias de protección: escuchar, alojar y acompañar

Three dimensions of care for adolescents who live in shelters: listening, hosting and accompanying

Mauricio Eduardo García García¹

*Correspondencia:

Mauricio Eduardo García García

Mauricio.garcia.g54@gmail.com

RECIBIDO: AGOSTO 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Resumen

Objetivo: El presente artículo reflexiona entorno a la práctica de cuidado alternativo residencial por medio de tres conceptos: escuchar, alojar y acompañar. Estos tres verbos concentran rasgos y atributos del cuidado, los que fueron decantados desde la escucha a adolescentes que habitaban una residencia de protección. Este diálogo con adolescentes se enmarcó en una investigación previa, la cual inoculó el interés de profundizar sobre la práctica en instituciones de protección. Es por esta vía que se propone un recorrido teórico con el psicoanálisis, para dar cuenta sobre una idea de cuidado enraizada en la palabra y orientada por la ética. **Método:** Para guiar el trabajo de escritura, se utilizó la formalización como método de transmisión y teorización, el cual estructura el cuidado a través de las tres dimensiones propuestas. **Resultados:** El trabajo con adolescentes internados/os no cesa de desafiar la creación y puesta en marcha de políticas públicas, por lo tanto, si estas no son debidamente ajustadas o pensadas para quienes las reciben arriesgan la reproducción inacabada del horror y el trauma.

Palabras claves: Escuchar, alojar, acompañar, adolescencia y cuidado.

Abstract

Objective: This article reflects on the practice of alternative residential care through three concepts: listening, hosting and accompanying. These three verbs concentrate traits and attributes of care, which were decanted from listening to adolescents who lived in a protection residence. This dialogue with adolescents was framed in a previous investigation, which instilled the interest in delving into the practice in protection institutions. It is through this route that a theoretical journey with psychoanalysis is proposed, to give an account of an idea of care rooted in the word and guided by ethics. **Method:** To guide the writing work, formalization was used as a method of transmission and theorization, which structures care through the three proposed dimensions. **Results:** The work with institutionalized adolescents continues to challenge the creation and implementation of public policies, therefore, if these are not properly adjusted or designed for those who receive them, they risk the unfinished reproduction of horror and trauma.

Keywords: Listening, hosting, accompanying, adolescence and care.

¹ Magíster en Psicología mención teoría y clínica psicoanalítica Universidad Diego Portales.

INTRODUCCIÓN

El último informe de gestión realizado por el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez² y Adolescencia (2023), expone que 198.326 niños, niñas y adolescentes han necesitado protección por parte del Estado, 56.1% de ellos/as comprende edades que van de los 10 a los 18 años. Es loable encontrar en este mismo reporte anual del Servicio Mejor Niñez², que del total de NNA³ atendidos/as, 6.549 han sido separados/as de su familia de origen e ingresados/as al sistema residencial en la modalidad de cuidados alternativos.

La crisis de la protección a la infancia que Chile atraviesa desde la década anterior motivó la realización de cambios estructurales al SENAME en sus dos modalidades de intervención: protección y responsabilidad penal adolescente. Comisiones nacionales e internacionales han sido categóricas sobre la deficitaria situación que viven NNA que habitan instituciones de protección, concluyendo que existen violaciones sistemáticas y graves a los Derechos Humanos en el sistema residencial, situación que motivó el “Acuerdo Nacional por la Infancia” (2018), que, en una serie de medidas, traslada el sistema de protección del Ministerio de Justicia y DD.HH. al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, inaugurando el nuevo Servicio Mejor Niñez el primero de octubre del 2021, dejando a SENAME encargado de la responsabilidad penal adolescente.

Una de las medidas más importantes que trajo la reestructuración del Servicio fue el cambio de oferta programática, realizando un viraje sustancial en las formas de percibir la residencialidad, ya que se pasa de un sistema masivo a uno individualizado:

La denominación “residencias de vida familiar” alude a la firme voluntad de atender a los niños y niñas y adolescentes en un ambiente familiar, con espacios acogedores, donde puedan desenvolverse libre y positivamente; una casa que brinde un ambiente emocionalmente seguro (Mejor Niñez, 2022, p. 4).

Lo que nace como una respuesta urgente a la vulnerabilidad de NNA, no garantiza el fin de las problemáticas, estas pueden solucionar, pero también agravar condiciones, por lo cual la paradoja queda abierta: *aquello que está llamado a proteger y a interrumpir las vulneraciones de derecho, se torna un nuevo hecho traumático en la vida de los/as NNA*. Diversas investigaciones⁴ han puesto la mirada, en fenómenos presentes y recrudescidos en las residencias de adolescentes: abusos sexuales, violencia, tráfico de drogas y explotación sexual comercial infantil, aspecto que robustece, aun más, la deuda del Estado con la infancia y adolescencia.

Marchant (2014) aclara que “la vulnerabilidad supone la disponibilidad de otro” (p. 176), entonces: ¿Cómo pensar el cuidado de jóvenes que han sido vulnerados en sus derechos y que por esas razones han sido separados de sus familias para habitar una residencia de protección? En tiempos donde las respuestas implican una urgencia para sofisticar esa disponibilidad, o para hacer del cuidado una acción genuina, es necesario interrogarse sobre las prácticas, de esta manera resulta interesante hallar en discursos ausentes en las orientaciones técnicas, alternativas para reflexionar entorno al problema, más aún cuando pensamos que no solo se requiere crear nuevos dispositivos, sino, optar por cambios culturales que reformulen la concepción sobre la infancia y la adolescencia (Blanco y Curimil, 2020).

Uno de los grandes ausentes de las orientaciones técnicas de SENAME es el psicoanálisis, más si consideramos los distintos aportes que han desentrañado y aportado a las vicisitudes del trabajo con adolescentes internados/as, dentro de estos trabajos destacan autores y grupos como: Donald Winnicott y los desarrollos postlacanianos que Coccoz (2013) describe como práctica “entre varios”: Le Courtil, Antena 110 y La Demi Lune. En Argentina ha sido relevante el trabajo reflexivo y práctico de la Fundación Asistir que trabaja con sujetos en situación de grave desvalimiento psíquico y social. En nuestro territorio, destaca el trabajo de Matías Marchant y la Casa del Encuentro, quienes profundizan el rol de la historia y la memoria en la infancia.

² El Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia ha acuñado el nombre Mejor Niñez como abreviatura institucional, se optará en este artículo por la segunda denominación, para facilitar la lectura, en ambos casos se estará hablando de la misma institución.

³ Desde ahora en adelante se utilizará esta abreviatura para referirse a niños, niñas y adolescentes.

⁴ El año 2022 la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputadas y Diputados, elaboró un informe detallado que concluye en la existencia de “graves situaciones y vejámenes constatados” al interior de las residencias de protección del Estado. Sumado a eso, distintos artículos de la prensa (CIPER Chile y EL Mostrador), han profundizado en la grave situación que aún se mantiene al interior del sistema proteccional.

Todas estas líneas de trabajo concuerdan en la importancia de una práctica ética, atenta a la contingencia y vinculante con la comunidad. Parte de esta ética, implica poner en el centro las palabras que un sujeto trae, o un saber hacer con aquello que no tiene inscripción en el lenguaje. Desestimar las instancias de participación o simplemente hacer vista gorda al decir de los/as adolescentes, podría tensionar las relaciones con el mundo adulto, pues, uno de los procesos que está en juego en la adolescencia es el de hacerse un lugar y un nombre en el mundo, fuera del nicho familiar, o sea, contar con una identidad propia.

En el contexto de una tesis de magister⁵, tuve la oportunidad de establecer diálogos con adolescentes que habitaban una residencia, en sus discursos, se ubicaban rasgos y características de los/as adultos/as que desempeñaban cuidados, tres de ellos resultaron ser fundamentales: *escuchar, alojar y acompañar*. Estos verbos representan tres acciones que pueden orientar la práctica en lugares donde históricamente se produce una deuda con el cuidado adolescente, su formalización como conceptos nace a partir de fragmentos de discurso, experiencias y lecturas psicoanalíticas, que condensan atributos del cuidado y efectos subjetivos reparatorios derivados de estos. Por separado, demuestran distintos planos de aproximación a un adolescente, que trae consigo distintas fracturas en el lazo con el Otro. Oír, dar lugar y prestarse para hallar formas de mitigar el daño, resulta imprescindible para sobrellevar el encierro y las heridas psíquicas contraídas, pero a su vez, permite establecer formas de pensar las políticas públicas mediante la participación y la escucha de quienes son sus destinatarios/as.

Este artículo tiene por objetivo reflexionar la práctica de cuidado alternativo residencial a través de estos tres conceptos extraídos en el diálogo con jóvenes institucionalizados/as (escuchar, alojar y acompañar). A su vez, se dirige a todo/a quien se encuentre, de alguna forma, vinculado/a con adolescentes en situación de desprotección, por tanto, las reflexiones vertidas están orientadas a nutrir la práctica a través de coordenadas nacidas

desde la experiencia y la investigación producida desde la escucha. Para ubicar el desarrollo teórico, se establecerán dos vías para abordar el problema de acompañar a sujetos internados, uno, la ética del cuidado y dos, las implicancias de ser adolescente internado/a, ambas líneas han de responder a la pregunta: ¿cómo trabajar con adolescentes que habitan una residencia de protección?

MARCO TEÓRICO

Sobre la ética del cuidado

¿Qué elementos de la práctica en residencias de protección permiten restituir la singularidad? Lo singular es la posibilidad de dar cuenta del encuentro y desencuentro que cada sujeto experimenta en su constitución, rompe con lo universal del trato *igual*, dando paso a la diferencia. Lacan (2013) insistió en el hecho de que para un sujeto inmerso en las leyes que lo estructuran, se interpone una pérdida fundamental, una rasgadura que sustrae algo del ser y lo mantiene en un extravío constante, aquello inaugura el deseo. La ética propone una relación singular con aquello que conforma una *falta-en-ser*: “el psicoanálisis se ocupa de cada ser hablante, del problema de cada hablante con su deseo” (Mitre, 2018, p. 20). Lacan (2013) al referirse a la Ética del psicoanálisis, problematiza la tradición ética del soberano bien o el hábito, antepone el deseo y las implicancias del inconsciente para dar cuenta de que, una ética que posibilita la emergencia de lo singular conlleva a que el sujeto pueda vérselas con su propio vacío.

Destacar lo singular, permite reconocer las propiedades de un sujeto en tensión, bien lo expone Brugère (2022) en su libro *La ética del cuidado* donde visibiliza las condiciones que han de requerir la asistencia de un otro:

Introducir la singularidad, comenzar por tomar en cuenta los relatos y las experiencias no tiene pertinencia sino cuando se trata de otorgar los medios para instaurar los acompañamientos apropiados, que son los únicos que pueden ayudar

5 Esta investigación fue realizada en el contexto de una tesis de magister en psicología mención teoría y clínica psicoanalítica, de la universidad Diego Portales, la cual se titula: construcción subjetiva en adolescentes que habitan una residencia de protección de SENAME.

a restaurar la capacidad de actuar y de hablar con toda libertad (p. 115).

La protección y el cuidado consideran el factor de lo *oportuno* para hacer presente, sin ambages, la consistencia de la ley, a fin de auxiliar la integridad de quien ha sido vulnerado en sus derechos, pero a su vez, acusa recibo ante la palabra, eso que hace relato, comprometiendo acciones frente a un sujeto.

Este punto, abre una dimensión del cuidado que Brugère (2022) transmite de la siguiente manera:

Cuidar no podría concebirse sin la dimensión de problema o de preocupación que implica la prueba de la responsabilidad; aceptar el sentirse responsable de otra vida implica concebir la relación de care a través de todas sus consecuencias, en particular la posibilidad para un ser absolutamente dependiente de obtener la independencia (p. 98).

Donde se padece, se hace urgente la aparición de un soporte que habilite un reconocimiento del dolor, pero para ello, se requiere de la consistencia del Otro, una garantía genuina que permita la ex-sistencia:

Hacer ex-sistir Un niño/a en esa tensión que lo implica como sujeto-persona-titular de derechos especiales (en su universalidad), que como tal está sujeto a un deseo inconsciente (en su singularidad) y situado en un determinado contexto parental, sociocomunitario, histórico, político e institucional (en su particularidad) (Espert et al., 2019, p.11).

Localizar la singularidad, no implica prescindir de universales, menos de desconocer las particularidades, es dar un (con)texto al sujeto. Con ello, se restituye la capacidad de dar vida, hacer ex-sistir, “de que pueda hacerle falta a alguien” (Espert et al., 2019, p.10). La responsabilidad que trae previamente Brugère, propone un relieve, una coyuntura, que, en diálogo con algunos elementos del psicoanálisis, ya expuestos, predisponen a un Otro capaz de humanizar y desplegar una práctica

que produce lazo social.

El cuidado humaniza, pero también puede deshumanizar a quien cuida, entonces: ¿Qué se espera de ese Otro que toma los cuidados de adolescentes internados/a? esta pregunta abre un debate importante: el *cuidado del cuidador*. Para Brugère (2022), existen tres elementos que atraviesan esta dificultad. Primero, lo patriarcal como hegemonía ideológica que ha extrapolado su ejercicio a las mujeres; segundo, una lógica capitalista que fractura los lazos en función de aislar el cuidado a una práctica individual, destituyendo su carácter social; tercero, los efectos del cuidado amenazan con diluir el yo en tareas que implican la excesiva preocupación por el otro.

Una ética, emplaza el trabajo mancomunado, es una manera de visibilizar, dar lugar y cabida a aquello que no lo tiene, pero también, es el pivote necesario para que algo pueda emerger, introducir la condición de lo ético, es implicar, no solo al/la cuidador/a, sino también a quien es cuidado, pero más importante, es que la institución que lo ampara pueda reconocer que ahí se debe dar un sostén a la práctica, crear comunidad y prácticas entre *varios/as* responsabiliza frente al dolor.

Ser adolescente internado

En este apartado, me interesa trazar algunas ideas sobre las implicancias que tiene la internación para los/as adolescentes, no profundizaré en elementos metapsicológicos ampliamente desarrollados por otros/as autores/as, más bien me centraré en cuatro ideas que considero relevantes: la sexualidad, el *après coup*, la privación y lo íntimo.

Particularmente en la adolescencia, se ponen en juego una serie de novedades que en la infancia tenían otro lugar, una de ellas es la sexualidad ahí “se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación definitiva” (Freud, 1905, p.189). Esta conformación sitúa los modos de hacer lazo, satisfacer y vérselas con los objetos. El paso de la satisfacción autoerótica implica libidinizar el exterior, salir en búsqueda de un objeto que muchas veces se

presenta como ingrato, Lacan (2010) lo explica de la siguiente manera: “Qué es para los muchachos hacer el amor con las muchachas, marcando que no pensarían en ello sin el despertar de los sueños” (p. 109). El qué hacer y la emergencia de una tendencia sexual en los sueños, aparece irrumpiendo y produciendo una reorganización pulsional, el adolescente, por sus propios medios, se hace de un saber, lo busca, lo contradice, para dar con ese espacio de lo real que escapa de ser simbolizado.

Este aspecto se comienza a configurar o a trastocar con las limitaciones heredadas del Edipo, pero a su vez, la adolescencia, sigue encontrando diques que limitan su goce. Las encrucijadas que detentan el cruce se producen por una relación del sujeto adolescente con el objeto, Freud (1905) la describe así:

La vemos concentrarse en objetos, fijarse a ellos o bien abandonarlos, pasar de unos a otros y, a partir de estas posiciones, guiar el quehacer sexual del individuo, el cual lleva a la satisfacción, o sea, a la extinción parcial y temporaria de la libido (p.198).

Esta erótica, no termina por zanjar una forma de relación con el objeto, en la adolescencia son múltiples y fluyen conforme el proceso de construcción subjetiva va tomando forma: “Estamos frente a cuerpos que son atravesados, desde adentro, por hormonas y caracteres sexuales secundarios, y desde afuera, por marcas, imperativos y sanciones simbólicas” (Peskin, 2015, p.176). Este cruce de embates posiciona una primera coordenada y da cuenta de que si hay algo que siempre se va a abrir paso, es la pulsión, por ende la sexualidad, en la mayoría de los casos, va a tener una consistencia palpitante en la internación, va a ser una tendencia vívida que busca un objeto, desentender esto, implicaría ocultar la basura debajo de la alfombra, hacerse cargo de esta tendencia posibilitaría que la satisfacción se oponga a la transgresión. Una alternativa, siempre vigente es la Educación Sexual Integral (ESI), como dispositivo que pone en palabras y dialoga frente a cuestiones tan importantes como el respeto del otro y reconocer

el propio cuerpo, temas que necesariamente deben salir del ocultismo, otorgando más comodidad que incomodidad a quien las vive.

Un segundo elemento para exponer es el *Après Coup*. Este concepto hace referencia a una historia escrita con posterioridad, la cual resguarda una temporalidad retroactiva. En la adolescencia, se fija un punto donde la historia infantil es reinterpretada, bien lo comenta una adolescente entrevistada en la investigación, donde lo primero que piensa sobre su adolescencia es lo siguiente:

Dolor, porque pucha, porque me di cuenta de tantas cosas, como la ausencia de mis papás, o no sé, lo que más afectó fue que yo estando así, mi mamá llevaba 40 años drogada, así como cuando conocí la droga y todo esto, como que caché, lo mismo que lo de mi papá, va a ser lo mismo, y los dos a la misma vez, entonces como que no sé (...) es diferente, es que empecé a ver las cosas como de otra forma, es un choque.⁶ (García, 2021, p. 123-124).

El *Après Coup*, es este otro tiempo que describe Laplanche (2012) o *el punto desde donde* (Lacadée, 2017) todo adquiere sentido, un lugar donde el sujeto puede configurar su verdad. El encierro o la institucionalización, como quiebre biográfico, estriba en su contingencia el advenimiento de otra versión, la subjetividad se construye con estos desvíos que ofrece el *Après Coup*, instaurando un cambio de posición ante la historia contada por otros.

Un tercer elemento, se halla en Winnicott (2016): “Una criatura se convierte en *niño deprivado* cuando se lo priva de ciertas características esenciales de la vida hogareña” (p. 146).

La deprivación es el arrebato de algo percibido como bueno, que va a ser recuperado por distintas vías (Winnicott, 1963), esta relación inaugura un sufrimiento particular en el yo, que altera un momento previamente consolidado para el ser, sin embargo, tanto el yo como el ambiente juegan un papel de interdependencia. Por un lado, la sociedad o el ambiente adquiere un papel fundamental, brinda sostén y se hace cargo de restituir este elemento

⁶ Testimonio entregado por una adolescente que se puso el seudónimo de Alejandra.

arrebatado y, por otro lado, el/la joven debe convivir con la obstrucción que genera la falla ambiental (Winnicott, 1963). En la primera, surge la esperanza de que el daño provocado por la falla ambiental sea reparado, en la segunda, el sujeto crece con una carga que interfiere el desarrollo, vivir con ello acarrea una adaptación gradual al entorno y que el ambiente soporte las provocaciones que el sujeto comete en lo social. Cuando todos estos elementos fallan, la tendencia antisocial se torna aún más inevitable, generando una relación cada vez más errática con su ambiente.

Lo importante que trae Winnicott, es la relación que el sujeto tiene con el ambiente, la privación puede darse en un momento determinado de la niñez o la adolescencia, pero fija un proceso en el cual la relación con lo social, con las instituciones comienza a tambalear.

Por último, resulta importante traer a estas reflexiones, el lugar de lo íntimo. Un aspecto regulador de la sexualidad puberal requiere de la función edípica para establecer una barrera al incesto, para Freud (1905), estos límites vierten una conclusión moral en el individuo, que permite la elección de objeto lejos del lecho familiar, lo reconduce al exterior, evitando la endogamia incipiente que se desprende de los afables cuidados de quienes ama.

Este proceso inaugura un espacio exterior, fuera del campo adulto, la adolescencia, es una constante lucha por construir su propia morada, de cierta manera es la lucha por lo íntimo, esa región que tiene que desprenderse de la relación con los/as padres/madres o cuidadores/as. Lo íntimo, o una lógica de lo íntimo, abarca ese espacio que está lejos de la mirada ajena (Recalcati, 2006), rompe con el panóptico, y resguarda la vida tal como el sujeto la atesora. En las residencias, la lógica de lo íntimo se destituye por una lógica de lo público, tanto los archivos que cuentan la historia del joven, los diagnósticos revelados y la habitabilidad compartida (en algunos casos hacinamiento) hace lo íntimo transparente.

Considero que es menester de toda institución que trabaja en los cuidados de NNA salvaguardar estas regiones de lo íntimo, hacerlo implica un acto

que devuelve una dignidad arrebatada, aspecto que no termina con dar una pieza individual a un joven, sino que también, invita a revisar el manejo de la información que poseemos como profesionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este artículo fue guiado por el método de la formalización, el cual es descrito por Azaretto et al. (2014) como: “la construcción de un lenguaje, una escritura que tenga la capacidad de dar forma y de abstraer la estructura de algo” (p. 39). Para ello, se realizó una conjunción entre un sustrato singular o subjetivo (captado por entrevistas) que luego fue decantado por la teoría, aspecto que ayudó a producir variables. Estas variables son definidas como la “función de una estructura” (Azaretto et al., 2014, p. 41), que como parte de una propuesta universal (teórica), le dan forma y cuerpo imbricándose en una conformación interdependiente.

Bajo estas directrices, se definieron tres ejes temáticos/prácticos derivados de la investigación con adolescentes, los que sintetizan la experiencia de cuidado en residencias de protección y el encuentro con un otro. Por lo tanto, el cuidado de adolescentes internados/as en residencias de protección se forma como estructura a través de las variables interdependientes: escuchar, alojar y acompañar.

Los principales resultados que gestaron y motivaron la profundización teórica de este desarrollo, fueron obtenidos en una investigación realizada en un centro de reparación especializada de administración directa del Estado en verano del 2020, donde se efectuaron ocho entrevistas a adolescentes que tenían edades entre 14 y 18 años. Todos/as ellos/as con amplias trayectorias residenciales, aspecto que permitió diversificar las experiencias hacia otras instituciones inscritas en la historia de los/as jóvenes.

Al presentar la propuesta de investigación, El SENAME y la dirección del centro, habilitaron las entrevistas mediante un consentimiento informado que autorizó las entrevistas con los/as jóvenes. A su vez se aplicó un asentimiento donde los/as participantes expresaban voluntariamente su

participación. La creación de estos documentos fue supervisada y aprobada por la comisión de ética del programa de magister en psicología de la Universidad Diego Portales que evaluó la correcta ejecución y posterior publicación de este trabajo.

En términos metodológicos, el estudio realizado fue de carácter empírico, la codificación e interpretación de los textos obtenidos por medio de entrevistas en profundidad, fue trabajado a través de un análisis de contenido que usó el psicoanálisis como marco interpretativo. Siguiendo lo que Gallo & Ramírez (2012) destacan, se optó por una epistemología que sigue la huella de lo singular, tal como se plantea en la investigación psicoanalítica, por ello, las pretensiones de la tesis referenciada no optaron por dar cabida a grandes categorías o explicaciones de un fenómeno en términos generales y transversales, más bien se decidió acompañar un correlato, en el cual cada adolescente internado/a, pudo dar lugar a su experiencia por medio de su propia *lengua*.

En este artículo se recogen estas experiencias narradas, para dar paso a una construcción teórica por medio del relato y la reflexión de las prácticas enraizadas en las políticas públicas.

RESULTADOS

Escuchar

Es que yo soy bueno pa conversar, y cuando ando mal, en vez de hacer algo malo, yo antes me cortaba, entonces para hacer algo bien, empecé a conversar, "tía me pasa esto, me pasa esto otro, tengo pena", conversar con la tía, a mí, todos los tíos me dicen que sí (...) con todos me llevo bien, entonces me dicen "conversemos a ver qué te pasa..." (García, 2021, p. 165).

Daniela Katherine.

¿Qué escuchamos de un adolescente que habita una residencia? Conocer, acercarse y dialogar con adolescentes, es un asunto que debe prescindir de las múltiples voces que lo narran. Paradójicamente,

el abandono, genera una *visibilización extrema*, situación que convoca, simultáneamente, diversos discursos: médicos, psicológicos, jurídicos y culturales. El/la joven debe convivir con una *situación ingrata*, una experiencia de lo ajeno, vivir en un lugar que no es su hogar, convivir con personas que no conoce y escuchar rasgos, descripciones, hipótesis de sí mismo que no ha concluido. Frente a esto, el diálogo, muere sino es capaz de trascender o prescindir las significaciones que narran a un adolescente, pues el rótulo o el acto de diagnosticar cierra, después de ello, todo está explicado.

Cuando la infancia o adolescencia, está bajo otros discursos, el flujo de su palabra, de su enunciación, pierde espacio, se incurre, en lo que Giglio (2017) denomina una *vulneración primordial*, el momento en que el sujeto se torna objeto de prácticas, discursos y abusos que coartan el llano desplante de una subjetividad.

Escuchar, es el más allá de la fascinación inescrupulosa de la opinión pública, que goza con el sufrimiento ajeno, lo rumorea y se entromete, escuchar es parte de una política que implica a quien sufre y carga con un dolor, para hallar una forma de decir. Lacadée (2017) lo expone Así: "El adolescente adopta una nueva manera de hablar, de decir las sensaciones inéditas que surgen en él y lo confrontan a lo nuevo reafirmando, así, ese bello enunciado de Rimbaud: *hallar una lengua*" (p. 61).

Cada uno inventa una forma de decir, esa sería parte de una constante para sostener una escucha que tiene que vérselas con la lengua, ese neologismo que Lacan (2016) utilizó para impugnar el lenguaje y la lingüística clásica y poner en juego un saber que se articula en el inconsciente, con algo más que palabras sacadas de un diccionario, si no, para situar la relación del sujeto con las distintas lenguas que lo hablan, qué por razones obvias no pertenecen a la RAE. Lacadée (2017) apunta de manera muy certera a la función de la lengua en la adolescencia:

Con la lengua que se le ofrece, hará un uso de la identificación de lo que siente, lo que es y lo que dice. Sus expresiones y sus maneras de hablar serán

siempre singulares, y es preciso saber recibirlas como sus creaciones. Con esa lengua que se le ofrece, hará también un uso de goce, de placer de evocación y de repetición, y alojará allí una parte de su ser viviente, su bien y su hábitat (p.13).

Las creaciones de los/as adolescentes van a ser canciones, identificaciones, quejas, dibujos, saberes, mitos, publicaciones en redes sociales, modas, etc. El desafío de las prácticas de cuidado en instituciones es prestar atención a aquello que nos traen como creación, inquietud, demanda, interpelación y queja, en fin: *toda manifestación que intente reconectar con un Otro, es un intento de hallar un lugar velado*. De este modo, el joven habita una lengua, no todos/as hablan igual o tienen la misma forma de llegar al mundo a través de una lengua, para algunos/as puede acarrear dificultad o soltura, ahí es donde la escucha no debe vacilar, pues hay momentos en los cuales debemos pagar con palabras, realizar pequeñas contribuciones para que esa lengua no quede impotente y pueda llegar a puerto.

Otro flanco, del cual me interesa hacerme cargo en la escucha, es la cancelación o suspensión del saber, saber mucho puede volver torpe la escucha. Lacan (1958) lo advierte así: “A menudo vale más no comprender para pensar, y se pueden galopar leguas y leguas de comprensión sin que resulte de ello el menor pensamiento” (p. 594). Para oír bien, es necesario cancelar los ruidos que interfieren la emanación de lo que queremos escuchar. Todos/as los/as adolescentes traen, en su ingreso una carpeta bajo el brazo, toda institución tiene una distinta, en ella se producen y reproducen historias, diagnósticos e informes que no hacen más que recrudecer una imagen, se conoce por lo que se comprende del archivo, pero no por lo que se escucha. Esta práctica habitual tiene un objetivo comprensivo, pero no sustituye la voz del sujeto. Escuchar es un acto de reconocimiento del malestar que le da dignidad a las palabras.

Alojar

Porque yo digo que sin la confianza de los tíos estaría puro weando, estaría en la mía nomá, no estaría ni ahí con nadie, estaría igual que antes, yo siempre les he dicho a los tíos, yo sin ustedes tíos estaría a la chucha, yo no estaría aquí, yo estaría en cana a esta hora (García, 2021, p. 163).

David

Para Freud (2010), “el inicial desvalimiento del ser humano” (p. 78), es un acontecimiento inaugural de la condición de desprotección a la que somos arrojados/as al mundo, de ahí se hace necesario que exista una función auxiliadora que brinde una acción específica, satisfaciendo las necesidades que requiere el prematuro humano para seguir con vida. Esta acción específica, va a permitir que el sujeto, repita esta primera experiencia de satisfacción alucinando este primer contacto con el objeto, ahí se funda una relación originaria con el Otro. Esta función instaurará una forma de cuidado donde el sujeto es mirado, hablado, limpiado, acariciado, interpretado y alimentado; esto va a ser gravitante para el desarrollo posterior, porque resguarda un lugar donde existir: “si la persona saldrá en busca de experiencia o se replegará del mundo cuando necesite corroborar que la vida merece ser vivida” (Winnicott, 2012, p. 182).

En otra vereda, Derrida (2008) define la hospitalidad como aquello que da lugar a lo extranjero, presta asilo a quien se ha visto desarraigado. Esta hospitalidad, que Derrida profundiza mucho más en colaboración con Dufourmantelle, trae consigo un desencuentro entre las lenguas, lo extranjero se extraña ante un idiolecto que no es el suyo: no habla el discurso del Otro, esta torpeza, dice Derrida (2008), deja en un estado de indefensión frente a la novedad de una *situación ingrata* y donde se empieza a construir su condición de huésped en lo ajeno.

Alojar implica hospitalidad, es la apertura necesaria para dejar entrar y habilitar un espacio para quien requiera ser amparado, mediante ese espacio, se otorga la posibilidad de diluir las abismantes

diferencias que el entredicho de lenguas genera. Una particularidad, importante, de esta manera de alojar, es el lugar desde donde la enunciación del o la joven adquiere valor, o sea, que su voz sea reconocida, pero que también, eso que dice, ante la situación de desamparo que vive, tenga una respuesta oportuna.

Lalengua, al encontrarse frente al discurso jurídico o tendencias totalizantes, inaugura un campo de discordancia. Los/as adolescentes, pueden desconocer, contrarrestar e impugnar los discursos de la institución, especialmente cuando trata de inscribirse con intransigencia, tomar ese lugar, no es ajeno a la construcción subjetiva del adolescente. Al respecto, Freud (2010) identifica esta postura opositora, como un logro subjetivo de la pubertad:

Uno de los logros psíquicos más importantes, pero también dolorosos, del periodo de la pubertad: el desasimiento respecto de la autoridad de los progenitores, el único que crea la oposición, tan importante para el progreso de la cultura, entre la nueva generación y la antigua (p.207).

Restarse del campo de la autoridad o de quien cumple las funciones de cuidado (maternaje o paternaje), redirecciona al adolescente a una posición en la cual debe enunciar, pero también ser responsable de esa enunciación que profiere. Esta confrontación, en cierto modo es benigna, es parte del desarrollo, lo riesgoso, es que exista una apropiación de una lengua institucional que nombra e intenta, bajo su ortopedia, moldear subjetividades. Bajo toda circunstancia lalengua, es una postura del adolescente frente al Otro, Lacadée (2017) lo señala así: “el adolescente tiene la tarea, el deber ético de encontrar una lengua para decirse al Otro” (p. 69). En la práctica no resulta difícil evidenciar las palabras más filosas sobre las prácticas de los/as adultos/as, pero también, y con más asombro, resulta impactante escuchar a adolescentes, con amplias trayectorias institucionales, lenguajear con las mismas palabras que lo haría un profesional. En este caso, lalengua es fundante, es materna, inaugura una forma de decir, pero sobre todo es un arreglo subjetivo.

¿Qué demanda el joven para ser alojado? Para los/as adolescentes la disponibilidad de ese lugar seguro es vital, así lo describe el joven en la cita expuesta al inicio, ese Otro que cumple la función incondicional de sostener el alojo, genera lazo social, vincula lo desamparado con el sostén de una función de cuidado, ya sea encarnada por los/as adultos/as o por los/as pares. El gesto de alojar conlleva conmoverse, interesarse, indignarse, por lo que nos trae un/a adolescente, es una reacción que necesariamente nos obliga a abrir un espacio de cobijo: “El adolescente demanda ser escuchado y reconocido como responsable de su palabra para esto es fundamental que haya un Otro que escuche, mire y aloje” (Ayala & Garavento, 2021, p. 14).

El ejercicio de cuidado no está exento de malestar para quienes desempeñan labores en residencias. Esta función, toca inevitablemente, la subjetividad de todo/a interventor/a, no es sin consecuencias, levantando afectos que oscilan entre el cariño y el rechazo, fantasías de adopción, miedos, estigmas, sobre involucración, relaciones especulares, fatiga y actitudes violentas. Se podrían nombrar tantas como trabajador/a exista en una residencia, pero el aspecto central a destacar es que esta no debe, ni debería seguir siendo un trabajo solitario: “El cuidado es un principio de redistribución cuya finalidad es el paso desde las dependencias padecidas a las interdependencias asumidas” (Brugère, 2022, p. 119). El cuidado no pertenece sólo a quienes lo ejercen, sino que desempeñar esta tarea, trae consigo una relación más amplia con el mundo, un cuidado compartido, pensado como una práctica entre varios/as que logre crear sujeto ahí donde no lo hay (Coccoz, 2014).

Acompañar

Mamá V, es educadora, es joven igual, es como la tía más simpática de aquí. Yo le cuento algo o me ve mal, ella siempre va a estar al lado mío, de repente los otros tíos me ven mal y me dicen: ¿qué te pasó? y se van, pero ella me dice “que te pasó, cuéntame...” (voz especial). Si, me pasa algo, ella está todo el rato conmigo, hasta que yo termine

de llorar, subo y ahí ella recién se queda tranquila
(García, 2021, p.164).

Esperanza

Para quienes han tenido la experiencia de trabajar en una residencia de protección, sabrán, que siempre hay una demanda que excede la práctica. Es un ejercicio con una cuota de excedente, que solicita ser más que profesionales. Ante la orfandad, hay que afirmar más que nunca una presencia con la cual contar; frente a las ausencias familiares, se debe prestar el cuidado oportuno; cuando el horror irrumpe, se protege, ampara y sanciona; todas estas formas, son figuras que atañe al hecho de no dejar solo/a.

La soledad, ese no tener (*con*)quien, presenta un escenario donde el auxilio debe aparecer raudo ante la condición de desamparo. En ese instante, cuando el Otro aparece como sostén, se genera el acto de acompañar. Goyeneche y Piccinini (2013), van a definir el acompañamiento como “una suplencia ortopédica que lo ayuda a hacer aquello que no puede solo, en ese momento” (p.16). Salvo por la ortopedia, esta definición, responde a este apoyo necesario que se brinda en momentos de urgencia, centrarnos en la ortopedia, es pensar en la corrección o formas de alinear algo que se presenta como chueco, este no es el caso.

Existe una vasta experiencia y literatura sobre el acompañamiento terapéutico. Tanto en Argentina como en Chile, se han desplegado diversas experiencias, sin embargo, mis pretensiones son menos ambiciosas, me interesa describir el ejercicio de *contar-con-alguien*, en su doble acepción, tener a un Otro, pero también, contar o decir junto a Otro.

El hecho de *contar-con-alguien*, se refleja en que, a alguien *le hace falta ese/a* joven; en que existe, en algún rincón, alguien que habla de él/ella y que lo/la nombra. Acompañar surge como posibilidad de contar su historia y acompañar para que él o la adolescente se apropie de su lengua para contarse, que no sea anónimo para nadie, menos para él.

Frente a esta presencia que se sostiene, Marchant

(2014), advierte un punto importante:

Trabajar con un niño que vive separado de sus padres constituye siempre un compromiso indefinido, cualquier otra limitación en el tiempo es alterar profundamente la relación reparadora con el niño y corre el riesgo de significar un nuevo fracaso que puede adquirir la forma del duelo crónico o la desilusión (p. 12).

Ya sea para quienes cuidan, como para quienes desean entamar un proceso de acompañamiento, se pone en juego una suerte de permanencia, una constancia, que viene a re-editar las ausencias familiares. Resulta preponderante este comentario, puesto que, se sitúa el reconocimiento de diversas complejidades aparejadas a las historias de los/as adolescentes, pero también, se otorga una contundencia al acompañamiento.

Cuando hablamos de las historias de los/as adolescentes, el acompañamiento, muchas veces implica el acto de contar una historia en conjunto, hacer memoria cuando al sujeto se le hace imposible acceder a su propia historia, se transforma en una arista más del cuidado (Marchant, 2014), esto viene a apoyar la función de poner en palabras aquello que estuvo velado. Si bien, El valioso aporte de Matías Marchant, se ha situado en el radio de las instituciones que trabajan con bebés y niños/as, en la adolescencia, varían algunos elementos, pero conserva la coyuntura que la extrema vulnerabilidad produce en la subjetividad. Se producen lagunas y fracturas biográficas, que, como mecanismos de supervivencia frente el dolor, hacen olvidar la cronología de la vida.

Gabriela Insúa (2020), en el trabajo con lo traumático, esboza que hay que “reconocer el estatuto de lo indecible, de aquello que no puede conseguir palabra porque es de un real salido de todo posible discurso” (p. 54). Esta coordenada, instala otra línea del acompañamiento que se ha ido hilvanando, que donde el lenguaje falla, el acompañamiento dona palabras, acercándose a la lengua del adolescente, sin obturar su despliegue, más bien destrabando

aquello que se mantiene no-dicho. Esta intersección Lacadée la define del siguiente modo: “*El punto desde donde*, como un lugar de apoyo para acompañar al adolescente, un lugar desde donde ofrecer un punto de referencia a partir del cual inventar una solución singular” (p.11).

Acompañar, tras escuchar y alojar, es un acto que ofrece una presencia que orienta en el extravío, Lacan (2010) destaca este oficio en *El Despertar de la Primavera*, lo ubica del lado de un personaje que encarna la función de Otro, sacando de las fauces de la muerte a uno de los jóvenes protagonistas. Este semblante, tal como lo refiere Lacan y como es narrado en la obra de Wedekind, hace una aparición oportuna, pone en tensión la inevitable presencia de lo mortífero, habilitando al sujeto para salir del abatimiento.

Esta forma de hacer presencia no recae solo en el accionar clínico, no es de un solo dispositivo o resorte de un profesional, el acompañamiento, conserva la virtud de ser en sí misma, una acción de cuidado que preserva la posibilidad de que el adolescente ponga en marcha la subjetividad, pero también, implica la reconstrucción de un lazo que restaura la confianza.

La confianza restaurada, re-enlaza al sujeto con el mundo, lo hace salir, en esta encrucijada, se pone en juego algo que Winnicott (1979) define como la presentación de objeto, que junto al holding y el handling, son elementos propios de la función materna, si bien aparecen en el momento de que nace, no se circunscriben a una etapa determinada, son más bien experiencias del maternaje que aparecen y reaparecen en el curso de la existencia. Al pensar aristas del acompañamiento necesariamente surge esta expresión de la presentación de objeto, donde se muestra y trae la realidad al joven, aquí surge un elemento interesante, pues la lógica oficinista o del box, implica que tiene que ser cedida, pues para acompañar hay que impregnarse de la vida, lo cotidiano y lo mundano.

Para finalizar, el acompañamiento, guarda en su esencia aquello que Winnicott describe como la *capacidad para preocuparse por el otro*, la que designa el “hecho de que el individuo *se interesa, le importa*

y siente y acepta la responsabilidad” (p. 96). Por otro lado, Lacan (2016) hace el siguiente alcance: “el amor es signo, escandido como tal, de que se cambia de razón, y por ello el poeta se dirige a esa razón. Se cambia de razón, es decir, de discurso” (p. 25). Como el poeta, acompañar, implica este cambio de razón, se hace signo de amor, cuando se cambia de discurso, y a la vez, cuando se apela a la preocupación por el otro.

DISCUSIÓN

¿Cómo pensar el trabajo con adolescentes que se encuentran al cuidado del Estado? Parte de las conclusiones observadas en este artículo, apuntan a un ejercicio del cuidado, determinado por gestos, atributos y rasgos que los otros ponen a disposición para sostener un vínculo. Otorgar lugar a la vulnerabilidad que viven algunos/as jóvenes, implica tener una presencia oportuna y sostenedora, capaz de dar rienda a la expresión del sufrimiento que el adolescente trae consigo.

Uno de los riesgos que amenaza el cuidado, surge cuando este se tergiversa y entraña formas de violencia que no dejan a nadie indiferente, muchos de estos casos han de ser de manejo público y no han hecho más que agudizar la deuda con la infancia y adolescencia. El lugar del cuidado, pensado bajo un hacer ético, entrama acciones como las descritas (escuchar, alojar y acompañar) como garantes de la circulación de la palabra y restauradoras de la condición de sujeto.

En la actualidad se habla de cuidado, pero no se profundiza. Para ejercer el cuidado y promover su adecuado ejercicio debe existir un soporte institucional que obedezca la premisa: *cuidar a quien cuida*. La Defensoría de la Niñez (2022) evidencia que existen faltas de enfoques transversales en las orientaciones técnicas, falta de accesos oportunos a las prestaciones de salud y un déficit de preparación en quienes ejercen el rol de cuidado.

La propuesta teórica que se propone sobre el cuidado visibiliza que es una práctica que no está exenta de vicisitudes, en su ejercicio implica la

contingencia, particularmente con aquello que resulta novedoso para el adolescente y su entorno, o sea, es una práctica que reporta malestar a quien la ejerce.

Por esta razón, el cuidado de la orfandad y la vulnerabilidad no puede quedar huérfano de su entorno, por ello los diálogos con las comunidades, salud, familia, educación y barrios es fundamental para delimitar una práctica entre varios/as convocante: “La constitución de la subjetividad, como definición teórica, se hace en vinculación a un Otro con mayúscula, a una cultura, a los padres, al contexto, o a la historia desde donde proviene” (Peskin, 2015, p. 173).

Escuchar, alojar y acompañar, nacen como una modalidad de cuidado que no se centra específicamente en lo clínico, más bien, restituye una ética reivindicativa del sujeto, de su decir ante su propia historia y su derecho a tener cabida en el Otro. De este modo, un hallazgo importante es la cualidad orientadora que tiene el diálogo con adolescentes, la experiencia de estar bajo cuidados alternativos no es inocua, sino que guarda en su núcleo coordinadas ineludibles sobre la práctica. Pensar la participación o mecanismos de escucha y resolución, serviría para potenciar las mismas políticas públicas y a la vez los espacios de formación de los/as profesionales.

Generar instancias de diálogo permanente, encuentros, acompañamiento a los/as cuidadores/as, reuniones, conversaciones clínicas o vínculos con la comunidad, son todas formas de resolver el flujo de la palabra. Si bien resulta importante dar espacios de participación para los/as adolescentes, estas instancias también deben ser resolutorias, en función de producir una palabra con consecuencias y con responsabilidad, sin ello, los destinos de la protección llevarán a producir una deuda imposible de saldar.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El autor declara que el artículo no tiene conflictos de interés.

REFERENCIAS

Ayala, C. y Garavento, J. (2021). La inexperiencia en un Hogar Convencional... una mirada psicoanalítica. *Revista Teoría y Testimonios: de la Orfandad*, (5), 13-19.

Azaretto, C., Ros, C., Aguirre, C. B., Wood, L., Murillo, M., Estévez A., Messina, D. (2014). Investigar en Psicoanálisis. JCE Ediciones.

Blanco, D. y Curimil, C. (2020). Espacios para la infancia en la ciudad. Reflexiones desde la Casa del Encuentro. Editorial Cuarto Propio.

Brugère, F. (2022). *La ética del cuidado*. Santiago, Chile: Ediciones Metales Pesados.

Cámara de Diputadas y Diputados (2022). *Informe de la comisión especial investigadora sobre las situaciones de abuso y explotación sexual a niñas, niños y adolescentes bajo protección del Estado*. https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=66799&prmTipo=INFORME_COMISION

Coccoz, V. (2013). *La práctica lacaniana en instituciones: otra manera de trabajar con niños y jóvenes*. Editorial Grama.

Defensoría de la Niñez (2022). Informe anual 2022. Derechos humanos de niños, niñas y adolescentes en Chile. https://www.defensorianinez.cl/informe-anual-2022/wp-content/uploads/2022/11/IA2022-Defensoria_de_la_Ninez.pdf

Derrida J., (2008). La Hospitalidad. Ediciones de la Flor.

Espert, J., Luale, L. y Wanzek, L. (2019). La Infancia Intervenida. Ciencia, clínica y política. Lugar Editorial.

Freud, S. (1900-1901). "La interpretación de los sueños". *Obras Completas*, Vol. V. (2010). Editorial Amorrortu.

Freud, S. (1905). "Tres ensayos de teoría sexual". *Obras Completas*, Vol. VII. (2010). Editorial Amorrortu.

Gallo, H. & Ramírez M E. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Editorial Grama.

García, M. (2021). *Construcción subjetiva en adolescentes que habitan una residencia de protección de sename* [Tesis de magíster Universidad Diego Portales]. <https://repositoriobiblioteca.udp.cl/TD000636.pdf>

Giglio, J. (2017). *La vulneración primordial: El estado frente al niño, niña, adolescente ubicado en un lugar de objeto*. Letra viva.

Goyeneche, R. y Piccinini, M. T. (2013). El arte de acompañar niños y adolescentes. Introducción al acompañamiento terapéutico. Letra Viva.

Insúa, G. (2020). *El abuso sexual en las infancias y adolescencia. El horror más silenciado*. La Docta Ignorancia.

Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. *Escritos 2*. (2003). Siglo XXI.

Lacan, J. (1959-1960). *Seminario VII: La Ética del Psicoanálisis*. (2013). Paidós.

Lacan, J. (1972-1973). *Seminario XX: Aun*. (2016). Paidós.

Lacan, J. (1974). El despertar de la primavera. *Intervenciones y textos II*. (2010). Editorial Manantial.

Lacadée, P. (2017). *Los sufrimientos modernos del adolescente*. UNSAM EDITA.

Laplanche, J. (2012). El après coup. Problemáticas IV. Editorial Amorrortu.

Marchant, M. (2014). *Vínculo y memoria. Acompañamiento terapéutico con niños internados*. Editorial Cuarto Propio.

Marchant, M. (2014). Vulnerabilidad. *Revista Gradiva*, (2), 178-186.

Mejor Niñez (2022). *Orientación Técnica. Línea de acción cuidado alternativo de tipo residencial residencia de vida familiar de adolescencia temprana*. <https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/ot/2023/REX-366-APRUEBA-OOTT-RESIDENCIA-DE-VIDA-FAMILIAR-PARA-ADOLESCENCIA-TEMPRANA.pdf>

Mejor Niñez (2023). Informe de Gestión 2022. <https://www.mejorninez.cl/descargas/doc-MN/informes-de-gestion/INF-GESTION-FINAL-2022.pdf>

Mitre, J. (2018). *El analista y lo social*. Grama Ediciones.

Peskin, L. (2015). *La realidad, el sujeto y el objeto*. Paidós.

Recalcati, M. (2006). *Las Tres Estéticas De Lacan. Psicoanálisis y Arte*. Ediciones Del Cifrado.

Winnicott, D. (1979 [1958]). Desarrollo emocional primitivo. *En Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós.

Winnicott, D. (2016). *Deprivación y delincuencia*. Paidós.

Intervención criminológica con perspectiva de Género: Implementación del Módulo de intervención “Familia/ Pareja” para mujeres condenadas en Libertad Vigilada, Sistema Abierto de Gendarmería de Chile

Criminological intervention with a Gender perspective: Implementation of the “Family/Couple” intervention module for women sentenced to Probation, Open Gendarmerie System of Chile

Marcia Poblete Castillo¹, Dangely Torrejón Zepeda^{1,2}, Leandro Huenchulaf Rojas³

*Correspondencia:

Dangely Torrejón Zepeda

dangely.torreon@gendarmeria.cl

RECIBIDO: MAYO 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Resumen

Introducción: Gendarmería de Chile tiene por misión disminuir la probabilidad de reincidencia delictual de la población bajo ejecución de condena. Para esto, a partir del año 2013 se implementaron las penas sustitutivas, instalándose el Modelo de Gestión Riesgo, Necesidad, Responsividad (RNR). Al implementarlo se observó la especificidad de la población femenina y la ausencia de programas de intervención pertinentes. Al respecto, los antecedentes disponibles refieren principalmente a criminalidad masculina. **Objetivo:** Describir el proceso de construcción del primer Módulo de un Programa de intervención criminológica para infractoras con perspectiva de Género. **Método:** Se realizó una revisión de la experiencia internacional. En su pilotaje participaron 25 voluntarias de 4 Centros de Reinserción Social que presentaban factor de riesgo “Familia/Pareja” en un Nivel de Riesgo Medio, Alto o Muy Alto. **Resultados:** El Módulo consideró 12 sesiones en su versión definitiva. Las estrategias de intervención utilizadas son cognitivas conductuales, orientadas al análisis y modificación de la conducta infractora mediante entrenamiento prosocial. Se implementó a nivel nacional, siendo obligatorio para quienes cumplieran con los criterios de inclusión. **Conclusiones:** Tras participar en el Módulo, las 25 participantes del pilotaje disminuyeron su nivel de riesgo general y específico medido por el instrumento de valoración de riesgo de reincidencia.

Palabras claves: Gendarmería de Chile, Penas sustitutivas, Intervención criminológica, Perspectiva de Género, RNR.

Abstract

Introduction: The Chilean Gendarmerie's mission is to reduce the probability of criminal recidivism of the population under sentence. For this, substitute penalties were implemented starting in 2013, installing the Risk, Need, Responsiveness (RNR) Management Model. When implementing it, the specificity of the female population and the absence of relevant intervention programs will be controlled. In this regard, the available records refer mainly to male crime. **Objective:** Describe the construction process of the first Module of a Criminological Intervention Program for female offenders with a Gender perspective. **Method:** A review of international experience was carried out. 25 volunteers from 4 Social Reintegration Centers who had a “Family/Couple” risk factor at a Medium, High or Very High Risk Level participated in the pilot. **Results:** The Module considered 12 sessions in its final version. The intervention strategies used are cognitive behavioral, aimed at the analysis and modification of offending behavior through prosocial training. It was implemented at the national level, being mandatory for those who met the inclusion criteria. **Conclusions:** After participating in the Module, the 25 pilot participants decreased their general and specific risk level measured by the recidivism risk assessment instrument.

Keywords: Chilean Gendarmerie, Substitute punishments, Criminological intervention, Gender Perspective, RNR.

¹ Psicóloga Departamento Sistema Abierto, Gendarmería de Chile

² Profesora asociada Magister Psicología Jurídica y Forense, Universidad Diego Portales

³ Cientista Político



INTRODUCCIÓN

Gendarmería de Chile tiene por propósito “...contribuir a una sociedad más segura, garantizando el cumplimiento eficaz de la prisión preventiva y de las penas privativas o restrictivas de libertad a quienes los tribunales determinen [...] desarrollando programas de reinserción social que tiendan a disminuir las probabilidades de reincidencia delictual...” (Gendarmería de Chile, 2023a).

Según la pena que se encuentren cumpliendo, las personas puestas bajo su intervención pueden ser atendidas en 3 Tipos de Subsistemas. Por una parte, el Subsistema Cerrado, encargado de “...desarrollar, gestionar y supervisar las actividades conducentes a la reinserción social de las personas atendidas en los establecimientos penitenciarios...” (Gendarmería de Chile, 2023b). En el Subsistema Postpenitenciario, cuyo objetivo apunta a “gestionar los planes y programas de asistencia a las personas que, habiendo cumplido sus condenas, requieran de apoyo para su reinserción social” (Gendarmería de Chile, 2023c). Finalmente, en el Subsistema Abierto, responsable de ejercer el control y gestionar los programas de atención y asistencia de los condenados cuya pena privativa o restrictiva de libertad haya sido sustituida

por el tribunal que las imponga, por alguna de las siguientes penas: Remisión condicional, Reclusión parcial, Libertad vigilada (LV), Libertad vigilada intensiva (LVI), Expulsión, en el caso señalado en el artículo 34, Prestación de servicios en beneficio de la comunidad” (Gendarmería de Chile, 2023d; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2023).

La distribución de población atendida entre los tres Subsistemas señala que para el año 2018 el Subsistema Cerrado reunía el 36% de la población penal en Chile (50.286), el Postpenitenciario al 20% (28.560), mientras que el Subsistema Abierto representaba al 44% (60.807) (ver Tabla 1). En consideración de dicha situación es que el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, junto con el Subsistema Abierto de Gendarmería, implementó a partir del año 2013 un Modelo de Intervención Criminológica denominado Modelo de Gestión de Riesgo, Necesidad, Responsividad (RNR), el cual, mediante el Instrumento para Gestión de Caso e Intervención (IGI), determina el nivel de riesgo de reincidencia del penado, las razones que movilizan su conducta delictual y la capacidad de responder a la intervención de dichos factores, para así disminuir la probabilidad de reincidencia delictiva.

Tabla 1.

Población penal vigente al año 2018

Subsistema	Hombres		Mujeres		Total	
Cerrado (penas de cárcel)	46.018	92%	4.268	8%	50.286	36%
Abierto (penas sustitutivas)	52.340	86%	8.467	14%	60.807	44%
Postpenitenciario (libertad condicional)	25.665	90%	2.895	10%	28.560	20%
Total	124.023	89%	15.630	11%	139.653	100%

Fuente: Unidad de Estadística penitenciaria Gendarmería de Chile (2023e).

Basado en la evidencia obtenida mediante la técnica de meta-análisis, este Modelo considera 8 necesidades criminógenas, también llamados factores de riesgo de reincidencia, los cuales presentan un carácter de universalidad, es decir que tienen una condición transversal al comportamiento criminal, siendo las mismas para todos los contextos y países. Dichos factores se dividen en aquellos fuertemente correlacionados con la reincidencia, llamados también “4 grandes” (cogniciones antisociales, redes o vínculos antisociales, historia delictual, patrón personalidad antisocial); y aquellos cuya correlación existe de manera moderada, llamados “4 moderados” (familia/pareja, escolaridad/empleo, uso de tiempo libre, consumo de alcohol y drogas) (Andrews & Bonta, 2010).

Al momento de implementar este Módulo, la estadística penitenciaria en Chile refiere que de la población penal vigente al año 2018 (139.653), el 89% corresponden a población masculina (124.023) y el 11% a población femenina (15.630). Este dato estadístico es un elemento para entender por qué los estudios, las mediciones y los recursos van enfocados a población masculina y de allí añaden contenido para entender la criminalidad desde una perspectiva androcéntrica (ver Tabla 1).

Atendiendo al principio de universalidad de la conducta antes descrito, para el Modelo RNR no reviste un obstáculo intervenir población femenina considerando estos 8 factores de riesgo generales. Sin embargo, Van Voorhis (2013) y Casey, Day, Vess, & Ward (2013) reportan diversos estudios en donde se señala que pueden haber necesidades de riesgo y responsividad de Género; otros que estarían más acentuadas en infractoras versus infractores; mientras que algunos, si bien presentes en proporciones equivalentes en hombres y mujeres, afectarían a estas últimas de manera diferenciada (por ejemplo, consumo de drogas, donde hombres y mujeres tienen patrones de adicción distintos).

Ahora bien, aun cuando la implementación del Modelo RNR en el sistema penitenciario chileno reconoció la especificidad de las necesidades de riesgo de la población femenina, dicho reconocimiento no

alcanzó a tomar forma en el diseño de un programa específico de intervención para mujeres que cumplían condenas en las penas de LV-LVI del Subsistema Abierto (Poblete et al, 2019). Por lo demás, durante la instalación de los procesos de intervención criminológica en la gestión de los casos de LV-LVI, los operadores Delegados ya señalaban la creciente incorporación de mujeres a este tipo de penas, así como las características de esta población penal en cuanto a sus necesidades específicas de intervención (Poblete et al, 2019).

Considerando la ausencia de oferta programática para mujeres que cumplen pena sustitutiva en LV-LVI, el Departamento del Sistema Abierto hizo acopio de información específica para levantar una propuesta de intervención de factores de riesgo criminológico con perspectiva de Género. Así, el año 2019, mediante un Programa de Mejoramiento de Gestión (PMG), se proyectó un programa que abordara elementos de Responsividad (sección 4 y 5 del IGI) asociados a las necesidades criminológicas “Familia/Pareja”, “Actitud y Orientación Procriminal” y “Pares” (Poblete et al, 2019). Entonces, el objetivo será describir el proceso de construcción del primer Módulo de un Programa de intervención criminológica con perspectiva de Género para infractoras, siendo esta una política pública especializada situada en el contexto del Subsistema Abierto de Gendarmería de Chile.

Marco teórico

Con la ejecución del Modelo RNR en las penas sustitutivas de LV-LVI, cuyo énfasis es la intervención, se inició un proceso de levantamiento de información y evidencia por parte del Departamento del Subsistema Abierto sobre la población femenina condenada en estas penas. Estos estudios revelaron que, aun cuando las mujeres que cumplen condenas en LV-LVI son menos, sus niveles de riesgo de reincidencia son mayores que la población masculina; y que las necesidades criminológicas más importantes del perfil de la población penal femenina que cumplen estas penas sustitutivas son “Familia/Pareja”, “Actitud y Orientación Procriminal” y “Pares”, mientras que las

no criminológicas más frecuentes son “Experiencia de victimización”, “Problemas financieros” y “Problemas habitacionales” (Poblete et al, 2019).

Desde el mismo Departamento también se ha reportado que del total de casos en donde la penada presentó antecedentes de haber sido víctimas de violencia intrafamiliar, sólo en el 12% la valoración con instrumento IGI (Sección 5: “Adherencia a la intervención”) el/la profesional responsable registró “elementos de Género” como consideraciones para la intervención (Poblete et al, 2019).

Complementariamente, un estudio multivariado (Torrejón, 2018) realizado con una población de 995 penados en Libertad Vigilada (768 hombres y 227 mujeres) concluyó que las necesidades criminógenas modifican su nivel de riesgo cuando interactúan con el sexo, situación relevante si se considera que el mismo estudio reporta que las mujeres reinciden en una proporción no muy diferente a los hombres (28% y 39%, respectivamente), en donde las primeras delinquen mayoritariamente por “Ley de drogas” (n=160), mientras que los segundos lo hacen principalmente “Contra la propiedad” (n=416).

En la misma línea de lo anterior, se observó que las mujeres inician sus trayectorias criminales principalmente por factores moderados, como Familia/pareja, y no por factores de riesgo incluidos entre los “4 grandes”. Es relevante puntualizar que para el Modelo RNR, las necesidades que deben ser intervenidas en el contexto de ejecución de condena, son las que se asocian al comportamiento delictual, es decir, las necesidades criminógenas o los 8 factores de riesgo. Las necesidades no criminógenas, si bien son factores que afectan la vida de las personas (problemáticas sociales y de salud), e inciden en la adherencia a la intervención, no constituyen el foco de la intervención criminológica.

Los estudios del Subsistema Abierto permitieron identificar las necesidades criminógenas más asociadas al comportamiento infractor femenino, y también entregaron información acerca de las otras necesidades igualmente presentes. En esta línea, otro de los hallazgos señalan que las trayectorias criminales femeninas presentan frecuentemente

historias de victimización y necesidades no criminógenas asociadas a satisfacer demandas de subsistencia (Problemas habitacionales y financieros), lo cual permitió establecer que el contenido “Vínculos” es fundamental para la comprensión de este fenómeno, sumado a que en la mayoría de los casos los elementos asociados al Género son invisibilizados desde la misma estructura que las interviene, representada ésta por el/la profesional que evalúa su riesgo (Poblete et al, 2019). Se presenta el desafío de adecuar la intervención, incorporando la perspectiva de Género y considerando las necesidades no criminógenas, pero sin perder el foco en los factores propiamente asociados a la probabilidad de reincidencia.

Respecto a Género, en las últimas décadas los estudios realizados representan una de las innovaciones teóricas y políticas más importantes al cuestionar los fundamentos del orden social que distingue entre hombres y mujeres, la supuesta obviedad de los roles asignados a cada uno, develando así el androcentrismo detrás de la identificación de lo masculino con lo universal. Según Nicholson (2003, p.63), el concepto de Género “...se ha originado como un término que indica lo socialmente construido, en oposición al sexo, que alude a lo biológicamente dado”. Entendido así, el Género representa una construcción social relacionada con el sexo, una interpretación cultural sobre la distinción entre sexos. La perspectiva de Género, en definitiva, demuestra que las identificaciones de sujeto actuales no son neutras, sino que, por el contrario, se identifican con lo masculino y suponen la exclusión de lo femenino. La propuesta política de la perspectiva de Género se sitúa así como una perspectiva crítica que desarticula, en términos althusserianos, la superestructura jurídica-política de los saberes androcéntricos, para así visibilizar a la mujer.

Este movimiento de revisión crítica de los saberes y del orden social transformó la criminología al desmontar muchos prejuicios sobre las conductas criminales femeninas y ha llamado la atención sobre la necesidad de tener en cuenta sus especificidades. En efecto, así como los lugares comunes para

explicar la conducta delictual femenina referían mayoritariamente a su fisiología o a sus instintos, los delitos femeninos eran usualmente imputados a los roles que se le asignaban en la vida social. Respecto al homicidio, por ejemplo, la mujer figuraba frecuentemente como la instigadora, como sujeto oculto, o como objeto de disputas (Fuller, 2008).

La perspectiva de Género redirigió la investigación criminológica a temas distintos, específicos, que no habían sido tratados previamente como lo son los procesos de violencia de Género que sufren las mujeres, los cuales se encuentran muchas veces a la base de los delitos que han cometido, o al menos constituyen una variable que no puede ignorarse ni tampoco ocultarse (Acale Sánchez, 2017); la sujeción a controles por parte de sus parejas, padres y pares; mayor carga de ocupaciones y menos tiempo libre; además de la “...estrecha correlación entre tipo y frecuencia de los crímenes y nivel de ingresos, nivel educativo y adscripción étnico/racial” (Fuller, 2008, p.102) que les sean propios. Todo esto ha determinado que las mujeres transgresoras sean doblemente castigadas: una vez por sus delitos y otra vez por quebrantar el canon de feminidad.

Respecto a la intervención con población infractora, una revisión del contexto internacional da cuenta de un abordaje de variables específicas, lo que se ha traducido en varios programas. Los más referidos serán expuestos brevemente.

Seeking Safety (Najavits, 2002). Destinado a abordar de forma conjunta el abuso de sustancias y la sintomatología traumática a través de 25 temáticas. Su objetivo es la estabilización, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la reducción de conductas autodestructivas.

Beyond Trauma (Covington, 2003). Programa de 11 sesiones dirigidas a tres áreas: qué son los abusos y el trauma, ayudar a comprender las reacciones típicas y desarrollar habilidades de afrontamiento. El objetivo es comprender el pasado, el impacto que ha tenido en la vida y aprender estrategias centradas en la seguridad y las fortalezas.

The Tree (Liebman et al., 2014). Programa piloto de 8 sesiones para mujeres reclusas victimizadas,

cuya estructura está vinculada al libro *The tree that survived the Winter* (el árbol que sobrevivió al invierno). El objetivo es identificar fortalezas en las mujeres en sus historias de vida y promover un cambio positivo escuchando a otras participantes o coterapeutas que han superado sus problemas.

Moving On (Van Dieten, 2010). Programa diseñado exclusivamente para mujeres delincuentes, centrado en mejorar las habilidades de comunicación, establecer relaciones saludables y expresar emociones de manera constructiva. Consta de 26 sesiones divididas en nueve módulos (Gehring et al., 2009). contexto para el cambio, mujeres en la sociedad, cuidar de uno mismo, mensajes familiares, relaciones, afrontamiento de emociones y autoinstrucciones nocivas, resolución de problemas, volverse asertivas y progresar [moving on]. El objetivo es desarrollar habilidades en tres áreas: competencia social, regulación emocional y autosuficiencia (Van Dieten y King, 2014).

Women Sex Offenders (Loaniz, 2016). Programa cognitivo conductual cuyo objetivo es fomentar la responsabilidad de las delincuentes, comprender el proceso conductual que deriva en el delito, aprender a detectar los factores que inciden en sus agresiones sexuales y afrontar las situaciones de forma adaptada. Se aplica en instituciones y en la comunidad. La última versión consta de 59 sesiones y el contenido está organizado en 7 módulos. Al final de cada módulo se hace una sesión de autogestión para mejorar las habilidades de la participante para gestionar las situaciones de riesgo.

Responsible Choices for Women (Tutty et al., 2009). Tratamiento para mujeres agresoras de parejas y/o hijos, utilizado desde 1995 en Canadá. En el proceso de evaluación pretratamiento, se busca diferenciar a las mujeres que han actuado en defensa propia (a las que se deriva a programas para víctimas) de aquellas que agreden directamente a su pareja (de cualquier sexo) o hijo/a. La duración del grupo es de 30 horas, dividido en 14 semanas, con sesiones semanales de 2 horas (salvo la primera y última).

En Chile, las acciones y estudios se han concentrado en la intervención con población femenina reclusa.

Según un estudio de Reinserción, Desistimiento y Reincidencia de mujeres privadas de libertad, del Centro de Estudios de Justicia y Sociedad de la Pontificia Universidad Católica de Chile, hay varios factores que inciden en la reinserción exitosa de las mujeres privadas de libertad (Larroulet et al., 2021). En primer lugar, considera que las ofertas programáticas de reinserción social para mujeres deben enfocarse en dos grandes factores: la Protección Social y Derechos, y la Intervención especializada.

En cuanto a los aspectos de la intervención, se apunta como áreas objetivo: el apoyo vocacional y empleo; el tratamiento en el consumo de drogas; la inestabilidad residencial; la presencia y calidad de los vínculos sociales; y la intervención en las actitudes y comportamientos de las mujeres infractoras.

Materiales y metodología

Por ser la necesidad criminógena más frecuente en la población estudiada, la puesta en marcha del programa comenzó con el Módulo “Familia/Pareja”. La expectativa es continuar con un Módulo dedicado a “Actitud y Orientación Procriminal”, luego “Pares” y finalizar con un Módulo de “Reinserción y/o habilitación social”.

En cuanto a la perspectiva teórica, las estrategias, las técnicas de intervención y la medición de impacto del Módulo piloto se fundamentan, al igual que el resto de los programas, en el Enfoque Cognitivo Conductual y la Psicología del Aprendizaje. No obstante, para realizar un énfasis específico en la intervención con mujeres, se incorporó la mirada del Modelo Transteórico del Cambio y del Enfoque de Desistimiento, donde las fortalezas, factores protectores, necesidades No Criminógenas y narrativas de cambio son fundamentales en el tratamiento del Principio de Responsividad específica.

Asumiendo el carácter relacional que tiene el Género (Poblete, Torrejón, Alvear, 2019), el Módulo fue realizado tanto por profesionales mujeres como hombres que hayan presentado, deseablemente, formación en materias de Género, además de interés en desarrollar y aplicar conocimientos asociados a

esta materia. Ahora bien, independientemente de su Género, el profesional en cuestión debía contar con habilidades de intervención grupal y ser riguroso en términos metodológicos, según lo que implica la ejecución de un programa piloto. Estos profesionales recibieron acompañamiento técnico para ejecutar el Módulo y formación técnica especializada mediante participación en curso de “Intervención criminológica con mujeres infractoras, desde una perspectiva de Género” (permanente), sin mencionar, por cierto, la incorporación de estos contenidos a partir de la formación básica de habilitación de un delegado de LV para gestionar e intervenir población penal. El Módulo “Familia/Pareja” fue finalmente pilotado durante el año 2018.

Para definir los Centros de Reinserción Social (CRS) participantes, se seleccionó una muestra de 4 CRS del país (CRS de Arica, CRS de Santiago Sur, CRS de Concepción y CRS de Talca) que cumplieran características de representatividad de las macrozonas del país (norte, centro y sur). La composición de esta muestra incluyó criterios como cantidad de mujeres respecto de población general en LV-LVI a nivel nacional, y que estuvieran ubicados en distintas regiones del país. También se debía verificar la presencia de la necesidad criminógena o factor de riesgo “Familia/Pareja” en un Nivel de Riesgo Medio-Alto o Muy Alto de acuerdo a lo arrojado por el inventario de valoración de riesgo IGI. Junto con ello, se evaluaron condiciones de Responsividad general, es decir, asociadas a las condiciones (setting) del CRS y sus profesionales para realizar el pilotaje (espacio físico, profesionales motivados y capacitados en técnicas de intervención).

Se desarrollaron 10 sesiones de intervención con base en contenidos elaborados por los profesionales del Departamento del Sistema Abierto. Participaron 25 mujeres que cumplieran pena por Delitos comunes y Tráfico, sin distinción de edad y con Nivel de riesgo y necesidades criminógenas definidas como criterios de inclusión dada su asociación a la conducta criminal (Familia/pareja y para el pilotaje se planteó también Actitud y orientación procriminal). De la ejecución de las 10 sesiones fueron considerados como fuentes

de información las bitácoras y el instrumento de evaluación final empleado en los otros programas de intervención especializada con los que trabaja el Sistema Abierto, agregándole columnas adicionales para registrar descripción y análisis (autoevaluación) del rol del ejecutor del Módulo en la sesión. Se solicitó el envío de las bitácoras en la quinta sesión y al término del módulo para ser analizadas mediante una supervisión técnica respecto de lo consignado en dichas bitácoras, en especial el reporte cualitativo de las penas y de los facilitadores. Se acogieron también las observaciones que realizaron los ejecutores de los CRS donde se pilotó el Módulo. El instrumento de evaluación reportado por las penas indicó satisfacción con el Módulo de intervención, pese a reconocer en un comienzo desconocimiento del objetivo.

Dado su carácter jurídico, Gendarmería no dispone un Comité Ético Científico que reglamente la formulación y desarrollo de sus políticas públicas. Como consideración ética, la participación en el pilotaje incluyó la firma de un documento de consentimiento informado que velara por su carácter voluntario, orientado éste por los contenidos de la ley 20.603 y sus normativas. La participación en la versión final del Módulo, en cambio, fue de carácter obligatorio para quienes cumplieran los criterios de inclusión, dado el contexto de ejecución de condena de esta política pública, sancionada por un tribunal.

El Módulo se desarrolló a partir de 2019, y contempló los siguientes criterios de inclusión: mujeres condenadas por delitos comunes (delitos contra la propiedad, económicos, porte de armas y drogas), que hayan registrado un nivel de riesgo Medio, Alto o Muy alto, y que en su valoración de riesgo hayan presentado la necesidad criminógena de Familia/ Pareja, más alguno otro factor de riesgo específico levantado con el IGI tales como características personales con potencial criminógeno en la línea del deficiente resolución de conflictos/habilidades de autocontrol. Adicionalmente, las penas que participaron debían contar con lectoescritura funcional y un nivel motivacional contemplativo (disposición favorable a la intervención, según

modelo transteórico del cambio).

La inclusión de cada pena en el grupo fue reportado al Tribunal en el Informe de Seguimiento más próximo, en términos de la incorporación de una metodología de intervención adicional a las necesidades criminógenas ya detectadas.

Quedaron excluidas de participar en el Módulo aquellas penas que cumplan con una o más de las siguientes condiciones: condena por parricidio, infanticidio, delitos sexuales y VIF (Delitos contra las personas); sin lectoescritura; saldo de condena inferior a la extensión del Módulo; problemas de Salud Mental (por ejemplo, drogas, trastorno de Personalidad) que imposibilitan participación en modalidad grupal; nivel motivacional precontemplativo para trabajar en programa grupal.

A diferencia del pilotaje, que consideraba 10 sesiones, el Módulo en su versión definitiva se estructuró en 12 sesiones, una a la semana. Cada sesión tuvo una duración estimada de 1 hora y media, razón por la cual cada profesional debía preparar con anticipación el material y los contenidos, pues cada sesión tiene su objetivo, el cual trabaja determinados contenidos en base a técnicas descritas procedimentalmente, con su material de apoyo para la aplicación y también para el análisis, siendo sesiones estructuradas y focalizadas. El horario en que se realizó cada sesión del Módulo surgió de la coordinación entre la disponibilidad del CRS y la población intervenida, siendo de mayor preferencia para la población femenina la jornada AM (por las labores de “cuidado de terceros”).

La metodología propuesta refiere al desarrollo del Módulo en grupos cerrados, con un mínimo de 5 participantes y un máximo de 10 al inicio. Para cada sesión se utilizaron dinámicas de inicio y cierre que fueron solicitadas en el pilotaje. Al respecto, sólo la sesión 1 contó con dinámicas específicas a utilizar. En el resto de las sesiones fueron los encargados del Módulo quienes seleccionaron cada una de las dinámicas según las características de sus grupos. Para eso, en la carpeta de Materiales de Apoyo e Instrumentos se incluyó un Anexo de Dinámicas categorizadas entre inicio y cierre.

El procedimiento de aplicación del Módulo contempló una presentación del Módulo completo en un Consejo Técnico (CT) para conocimiento de todo el equipo del CRS; derivación asistida al Módulo con coordinación previa entre el delegado encargado del caso (DEC) y el delegado encargado de programa (DEP), y con conocimiento acabado de las características de las mujeres incorporadas al Módulo; reunión técnica entre DEP y el grupo de DEC que hayan derivado mujeres al Módulo, previo a la sesión 7, para la entrega de antecedentes en relación a la construcción grupal del análisis funcional de la sesión 6, con lo cual se desarrollaría la sesión individual de responsabilidad del DEC, que trata del Análisis Funcional de la propia conducta problema y a la vez contenido de intervención de la mujer que cumple esta pena.

Luego de cada sesión, los profesionales debían completar la bitácora del Módulo, además de emitir un reporte para registro de expediente en el Sistema de Información para la Reinserción Social (SIRS) con los avances de cada penada. Por su parte, las participantes del grupo debían completar en cada sesión un formulario de autoevaluación, así como una encuesta de satisfacción al final del Módulo. Al igual que en los otros programas, el profesional a cargo del Módulo debió efectuar la nivelación correspondiente en caso de ausencia de la penada a una sesión y/o necesidad de reforzamiento de un contenido.

Se sugirió que la intervención propuesta fuese desarrollada, idealmente, por una dupla psicosocial, especialmente si el grupo era mayor a 6 penadas. Los DEC debían tener experiencia en trabajo grupal y procurar centrar el proceso en las experiencias y recursos propios de las mujeres penadas, para desde ahí fortalecer las habilidades. Por esto fue relevante que se analizaran casos y ejemplos asociados a situaciones habitualmente referidas por ellas mismas. Las estrategias de intervención debían considerar técnicas cognitivo conductuales para la comprensión e intervención de los contenidos personales asociados al factor de riesgo familia/Pareja, para el entrenamiento de habilidades sociales y resolución de problemas: modelado prosocial

de la conducta, role playing, análisis funcional del comportamiento, reestructuración cognitiva, etc. También debían contar con conocimiento tanto sobre Modelo Transteórico del Cambio y Entrevista Motivacional, siendo relevante el uso de técnicas y estrategias motivacionales, como también técnicas y estrategias del enfoque Cognitivo-conductual; todos, parte de la formación técnica que la institución entrega a sus profesionales.

Cuando los hubieran, se solicitó a los DEC registrar los contenidos que evocaban en las participantes experiencias de victimización y/o violencia intrafamiliar, esto con el propósito de anticiparlos en la elaboración del programa y considerarlos en la capacitación de los delegados, entregándoles herramientas técnicas útiles al momento de enfrentar dichos casos en el futuro. Los profesionales a cargo del Módulo debían acoger y contener los relatos en el grupo, pero con la debida orientación hacia los espacios y profesionales con quienes corresponde este abordaje especializado, que pudiendo ser de carácter clínico, implicaría una debida derivación.

RESULTADOS

Los principales hallazgos respecto al pilotaje señalan que: la técnica de Mapping (técnica del Modelo transteórico del cambio) es la mejor evaluada por los delegados de LV-LVI; la Autobiografía con guía de preguntas facilita y focaliza el trabajo; al Compartir Tareas, se detectan factores de riesgo común entre las penadas y sus distintas estrategias de afrontamiento (aprendizaje vicario); la adecuada derivación y acompañamiento mediante monitoreo, por parte del profesional que deriva, favorece la adherencia. Respecto a esta misma etapa, los delegados sugirieron incorporar: referentes significativos en el desarrollo de tareas (ellas necesitaban compartir con un otro significativo sus experiencia mediante las tareas y vínculos); la detección y análisis del Patrón de Conducta se evidencia para la mujeres mediante el conocimiento y comprensión del funcionamiento de la triada Emoción-Conducta-Pensamiento; Videos (cortometrajes o ediciones de películas) en español

e imágenes y dinámica de saludo/cierre; así también la incorporación de una consigna o idea fuerza (para el desempeño del interventor) como parte de la estructura de las sesiones fue fundamental para focalizar el aprendizaje buscado y, por ende, el objetivo de la sesión.

Por otro lado, los delegados también identificaron como dificultades: el consumo alcohol/drogas, problemas de salud mental, diversidad de roles y funciones en torno al cuidado de otras personas, afecta la continuidad de la intervención en grupo; la conducción de las sesiones requiere más tiempo y habilidades dado que, según relato de los delegados, las mujeres “hablan más que los hombres”; y esta característica debe mirarse con perspectiva de Género y utilizarse como una condición que demanda una estrategia de lenguaje diferenciado para la intervención. El Análisis funcional (técnica cognitivo-conductual) fue la más difícil de ejecutar, pero cuando se logró, fue altamente impactante y determinante para la etapa de intervención.

Cabe señalar también que los pilotos dirigidos por hombres presentaron mayor dispersión en la asistencia, ya que en general la asistencia alcanzó el 70% de la totalidad del Módulo. En los 2 grupos dirigidos por profesionales masculinos, hubo 1 desertión en cada uno (situación que no se produjo en los grupos dirigidos por profesionales femeninas), mientras que la asistencia osciló entre el 50 y 100%.

Respecto a los niveles de riesgo global pre y post pilotaje, se constató que las 25 penadas voluntarias disminuyeron los niveles de riesgo medio, alto y muy alto. De igual forma, al comparar el nivel de riesgo específico para el factor Familia/Pareja pre y post intervención, el nivel de riesgo de reincidencia disminuyó en aquellos casos de riesgo alto y muy alto (Sotomayor, 2020).

Si bien portratarse de una muestra no probabilística, sus resultados no son generalizables a la población, los resultados del pilotaje aportaron antecedentes suficientes para confirmar que la propuesta de intervención con perspectiva de Género para mujeres infractoras funcionaba según la metodología propuesta, recomendándose la implementación de

esta política pública a nivel nacional.

Finalmente, se instaló un Módulo de intervención “Familia/Pareja” para población femenina condenada a LV o LVI, con niveles de riesgo de reincidencia Medio, Alto o Muy Alto, cuyo objetivo general fue “disminuir el riesgo de reincidencia asociado a la influencia procriminal de las relaciones de familia y pareja, así como facilitar el desarrollo de habilidades adaptativas para establecer relaciones prosociales”. Sus objetivos específicos fueron: 1) explorar las experiencias y modos de relación en el ámbito de Familia/Pareja en penadas de LV-LVI que se constituyen en riesgo de reincidencia; 2) identificar creencias, pensamientos y cogniciones procriminales existentes en el ámbito Familia/Pareja que promueven la conducta delictiva; 3) modificar cogniciones procriminales relativas a Familia/Pareja; 4) desarrollar y entrenar estrategias de afrontamiento para la disminución del riesgo en el factor específico en las participantes; 5) desarrollar habilidades adaptativas para establecer relaciones prosociales.

El Manual del Módulo de Intervención en factor de riesgo Familia/Pareja se encuentra disponible en la plataforma de la unidad de capacitación de la Escuela de Gendarmería de Chile. Debido a su extensión, no es posible sumarlo aquí como apéndice. Sin embargo, una descripción general señala que las sesiones incluyen un nombre de la sesión, objetivo general y específicos, técnicas de intervención (descripción de la técnica y su finalidad específica en la sesión), estrategias de intervención (descripción de procedimiento y tácticas), material de apoyo (setting de material audiovisual, manual de dinámicas, guía de trabajo para el facilitador, etc.), recomendaciones/ ideas fuerza (contenido de aprendizaje fundamental e indicador del cumplimiento del objetivo), verificadores (set de pautas e instrumentos de registros del proceso, tanto para las participantes como para el delegado facilitador).

Las sesiones y sus contenidos son:

1. **Presentación:** Presentación del Módulo, contextualización y establecimiento de acuerdos de trabajo (Encuadre)
2. **Género:** Concepto de Género, identificación de las características culturales asociadas al concepto de Género, reconociendo el impacto de la cultura en la discriminación de Género (psicoeducativo)
3. **Mujer y conducta infractora:** Características de Género asociadas a la conducta criminal e identificación de qué es una mujer infractora y una no infractora, dentro de lo femenino (psicoeducativo)
4. **Familia de origen:** Identificación de características de las familias de origen de cada una de las participantes en cuanto a su construcción valórica, afectiva, moral y vincular, observadas en su Historia familiar relacionadas con comportamientos prosociales o procriminales (reconocimiento).
5. **Vínculos significativos:** Identificación de características de los vínculos significativos, diferenciando sus implicancias prosociales y procriminales, y compartir con un otro significativo, las características de sus vínculos protectores y de riesgo (reconocimiento).
6. **Relaciones peligrosas:** Identificación de vínculos de riesgo, en cuanto su influencia en comportamientos problema y reconocimiento de conductas, pensamientos y emociones que configuran un patrón de riesgo en el contexto de una relación significativa (detección y análisis de la propia conducta).
7. **Monitoreo de análisis funcional individual:** Construcción del análisis funcional de su conducta de riesgo, de factores protectores y de factores que predisponen, precipitan y/o mantienen un patrón de relación que constituye riesgo. Esta sesión es individual, en ella se deberá trabajar la Tarea N°2, relativa al análisis funcional de la conducta problema elegida por la penada, y efectuar su refuerzo, si así lo requiriera. Se contemplan 2 semanas para realizar esta sesión, ya que es fundamental para pasar a las sesiones de intervención (análisis funcional de la conducta de riesgo)
8. **Yo y mi delito:** Reconocimiento de factores de riesgo, estrategias y factores protectores comunes al compartir los análisis funcionales individuales (intervención).
9. **Preparándome para el cambio:** Identificación y análisis de estrategias para la modificación de la conducta de riesgo, diferenciando aquellas efectivas de las no efectivas (construir estrategias SMART) (intervención).
10. **Practicando mi cambio:** Entrenamiento de estrategias de afrontamiento ante conductas de riesgo (entrenamiento de aprendizajes).
11. **Cómo construyo relaciones en el futuro:** Aplicación de aprendizaje de las estrategias construidas en la propia Familia/Pareja, en otras relaciones familiares o en otros contextos, transfiriendo aprendizajes obtenidos para prevenir situaciones de riesgo de personas significativas del entorno familiar que pudieran estar repitiendo patrones procriminales (entrenamiento prosocial).
12. **Aprendizajes y desafíos:** Relevar los logros y aprendizajes obtenidos referidos a posibilidades de cambio, factores protectores y mantenedores del cambio en el contexto Familia/Pareja específicos a cada una de las participantes, y anclar los aprendizajes del grupo que participó del Módulo a sus respectivos procesos de intervención individual en el contexto del cumplimiento de la LV-LVI (proyección, línea de vida, sentido de propósito).

A la fecha, esta política pública no ha sido estimada en términos de evaluación de impacto.

DISCUSIÓN

Tanto la decisión de levantar una oferta criminológica especializada para mujeres, como la experiencia del pilotaje y la posterior ejecución del Módulo Familia/Pareja para dicha población que cumple LV-LVI a partir del año 2019, ha propiciado múltiples reflexiones respecto de la pertinencia de la intervención en población femenina con perspectiva de Género. Entre las principales consideraciones, aprendizajes y decisiones en la forma de trabajar en el ámbito criminológico, se destaca lo siguiente:

- Si bien es cierto que el factor de riesgo Familia/Pareja no pertenece a los “4 grandes”, que de acuerdo al Modelo de Gestión de Riesgo (RNR) presentan mayor correlación con la conducta criminal, el levantamiento de información realizado respecto de las mujeres que cumplían su condena en LV-LVI evidenció que es el factor más prevalente en el inicio de sus carreras delictivas, constatándose la importancia e influencia de los vínculos de manera más clara cuando se explica con perspectiva de Género.
- En las historias de vida de las mujeres que participaron tanto del pilotaje como de la ejecución del Módulo, fue frecuente detectar la presencia de historias de victimización, que si bien se trata de una necesidad no criminógena, y por ende, no vinculante con la reincidencia, cuando está presente, afecta cualquier tipo de intervención con mujeres, por lo tanto es un elemento de Género que condiciona la adherencia a la intervención (responsividad específica) y que debe ser abordada por razones éticas, motivacionales y de derecho. La siguiente ejecución del Módulo ha demostrado que abordarlo en este espacio impacta en la adherencia a la intervención grupal, y que dicho abordaje se trata de una contención empática, una orientación y una derivación con órganos especialistas en la materia.
- La experiencia con la creación del Módulo demostró que la invisibilización de la población

femenina en el marco penitenciario se mantiene, no sólo respecto de las alternativas de intervención específica, sino que también frente a la valoración de riesgo y levantamiento de necesidades específicas. Es más, para forzar su visibilización, se comprometió en el marco de un PMG presente en el aparato público, para que su cumplimiento tuviera un alcance obligatorio como el que tienen que presentar las políticas públicas con perspectiva de Género para acceder a su instalación.

- Se constató, tanto en el pilotaje como en la subsiguiente ejecución del Módulo, que el factor adherencia resultó especialmente significativo en la población femenina. Por lo cual, así como el concepto de vínculo resultó ser explicativo para la elaboración de la oferta programática especializada, la adherencia resulta ser una variable coadyuvante para la intervención. Podemos decir que, frente a una intervención con perspectiva de Género, las mujeres no solo acceden, sino que la sostienen y la terminan. De allí recordar lo que ha planteado la evidencia, a saber, que el primer indicador de que una intervención sea efectiva, es que termine.
- Tal vez esta experiencia constituya la oportunidad de replicar la misma metodología de trabajo para la generación de oferta criminológica especializada a otras poblaciones minoritarias que comparte la característica de invisibilización y brecha en la oferta interventiva pertinente a sus necesidades (extranjeros, etnias, LGTBI +)
- Es altamente relevante en la eficacia de esta intervención, la formación de los profesionales interventores. Es importante que desde el Estado se instruya una política penitenciaria con perspectiva de Género en los planes y programas de formación de funcionarios penitenciarios. Estos programas deben contener especificaciones formativas, no solo diferenciadas por los funcionarios y su tipo de función con la población penal,

sino que adaptadas y aplicables al tipo de población que custodia, asista o intervenga. Esta idea tiene doble vertiente, una referida a las condiciones del servicio para realizar su gestión penitenciaria con perspectiva de Género, y la otra con reconocer y atender ajustando nuestras técnicas y estrategias a la diversidad presente en la población penal. Comprender que todo esto puede respetarse en el contexto de una ejecución de condena implica entender que la conducta criminal no se va a disminuir haciendo la vida de estas personas más miserable.

- El pilotaje otorgó la oportunidad de planificar mejoras, énfasis e integrar buenas prácticas al Módulo bajo un modelo de política “de abajo hacia arriba”, que permitió en la “devuelta” de “arriba hacia abajo” que las prácticas sistematizadas fuesen reconocidas en el terreno por los delegados, y, por ende, percibidas como pertinentes. La pertinencia a la realidad local es el gran desafío de los modelos de intervención social.

RECONOCIMIENTOS

Llegado a este punto, quisiéramos agradecer a los delegados y delegadas de los CRS que participaron de este pilotaje, a sus respectivos supervisores y supervisoras técnicas; a Nestor Pérez (Jefe de Informática en el período) y Edison Poblete (Escuela Institucional), quienes posibilitaron la implementación digital de este Módulo en la plataforma institucional, favoreciendo su acceso remoto, principalmente en pandemia. También, agradecemos al psicólogo Mg(c) Jorge Thompson por aportarnos con la revisión teórica de programas. Principalmente, agradecer a las mujeres que participaron en el pilotaje, por consentir ser parte de esta propuesta, por aportar con su perspectiva y esperanza de cambio, por permitirnos declarar que la reinserción de las mujeres condenadas debe instalarse de manera diferenciada, con claridad, con firmeza y con perspectiva de Género.

CONFLICTO DE INTERÉS

La autoría de este manuscrito pertenece a tres profesionales. Dos de ellos declaran ser funcionarias de la institución estudiada. El tercer autor declara no tener ninguna relación con dicha institución, por lo cual no tiene conflictos de interés.

REFERENCIAS

Aedo Rivera M, Varela Pino P (2020). *Algunas reflexiones sobre las diferencias de género en las conductas infractoras de niñas y adolescentes en Chile*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180498>

Andrews D, Bonta J (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5ª ed.). Nueva Jersey: Matthew Bender Company.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2023). *Ley 18216 establece penas que indica como sustitutivas a las penas privativas o restrictivas de libertad*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=29636&idVersion=2023-04-10&idParte=>

Casey S, Day A, Vess J, Ward T (2013). *Foundations of Offender Rehabilitation* (1ª ed.). Routledge.

Covington S (2016). *Beyond trauma. A Healing Journey for Women* (2ª ed.). Hazelden Publishing.

Evershed S, Tennant A, Boomer D, Rees A, Barkham M, Watsons A. Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Crim Behav Ment Health*. 2003;13(3):198-213. doi: 10.1002/cbm.542.

Fuller N (2008). La perspectiva de Género y la criminología: una relación prolífica. *Tabula Rasa*, (8), 97-110. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000100005

Gendarmería de Chile (2019). *Informe de Análisis sobre la Implementación de los Principios del Modelo de Riesgo-Necesidad-Responsividad en los Procesos de Intervención de los Tres Subsistemas Penitenciarios*. Departamento Sistema Abierto de Gendarmería de Chile. [https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/INFORME_IMPLEMENTACION_MODELO_RNRSC-SA-PP\(ENE2019\).pdf](https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/INFORME_IMPLEMENTACION_MODELO_RNRSC-SA-PP(ENE2019).pdf)

Gendarmería de Chile (2021). *Informe de análisis y antecedentes para la elaboración del módulo de intervención Actitud y Orientación Procriminal*. Departamento Sistema Abierto de Gendarmería de Chile.

Gendarmería de Chile (2023a). *Departamento Postpenitenciario*. https://www.gendarmeria.gob.cl/sdt_post.html

Gendarmería de Chile (2023b). *Departamento Sistema Abierto*. https://www.gendarmeria.gob.cl/sdt_sabierto.html

Gendarmería de Chile (2023c). *Departamento Sistema Cerrado*. https://www.gendarmeria.gob.cl/sdt_scerrado.html

Gendarmería de Chile (2023d). *Estadística General Penitenciaria*. https://www.gendarmeria.gob.cl/est_general.html

Gendarmería de Chile (2023e). *Institución*. <https://www.gendarmeria.gob.cl/historia.html>

Gehring K, Van Voorhis P, Bell V (2010). "What Works" for female probationers? An evaluation of the Moving On Program. *Women, Girls, and Criminal Justice*, 11(1): 6-10.

Larroulet P, Droppelmann C, Daza S, Del Villar P, Figueroa A (2021). *Informe Final. Reinserción, Desistimiento y Reincidencia en Mujeres Privadas de Libertad en Chile*, Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://justiciaysociedad.uc.cl/wp-content/uploads/2022/01/Estudio-Reinsercio%CC%81n-Desistimiento-en-Mujeres-WEB.pdf>

Liebman RE, Burnette ML, Raimondi C, Nichols-Hadeed C, Merle P, Cerulli C (2014). *Piloting a Psycho-Social Intervention for Incarcerated Women With Trauma Histories: Lessons Learned and Future Recommendations*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(8), 894-913. <https://doi.org/10.1177/0306624X13491073>

Linehan M, Wilks CR (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97-110. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97

Loaniz I (2016). Cuando "el" delincuente es "ella": intervención con mujeres violentas. *Anuario de Psicología Jurídica*, vol. 26, pp. 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2016.04.006>

Llerena Velasco LD (2019). *¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) disminuye la conducta impulsiva y permite generar habilidades de regulación emocional en personas privadas de libertad, como un proceso de reinserción social?* [Tesis de Pregrado, Universidad San Francisco de Quito]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8281/1/142705.pdf>

McCann RA, Ball EM, Ivanoff A (2000). DBT with an Inpatient Forensic population: The CMHIP Forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 447-456. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80056-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80056-5)

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2018). *Programa de Reinserción Volver a Empezar*. <https://www.reinsercionsocial.gob.cl/media/2019/02/MANUAL-DE-PROCEDIMIENTO-VAE.pdf>

Mundt AP, Alvarado R, Fritsch R, Poblete C, Villagra C, Kastner S, Priebe S (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PloS one*, 8(7), e69109. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069109>

Najavits, LM (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Press.

Nicholson L (2003). La interpretación del concepto de Género. En S. Tubert (ed.), *Del sexo al Género: los equívocos de un concepto* (1ª ed., págs. 47-82). Cátedra.

Paccini Lustosa L (2019). *Prevalencia del diagnóstico de Trastorno de Personalidad Borderline en mujeres en el Sistema Penitenciario APAC-Minas Gerais* [Tesis de magister, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales] <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5451>

Poblete M, Torrejón D, Alvear K (2019). *Módulo de intervención "Familia/Pareja" para población femenina en LVA-LV-LVI*. Departamento Sistema Abierto de Gendarmería de Chile.

Sotomayor C (2020). *Impacto del módulo “familia/pareja” en mujeres condenadas a LV o LVI. Incidencia en los niveles de riesgo de reincidencia delictual*. [Tesis de magister no publicada]. Universidad Diego Portales.

Torrejón D (2018). *Estudio predictivo de los factores de riesgo de reincidencia en condenados a libertad vigilada por delitos contra la propiedad privada, ley de drogas y económicos*. [Tesis de magister no publicada]. Universidad Diego Portales.

Tutty L, Babins-Wagner R, Rothery M (2009). A Comparison of Women Who Were Mandated and Nonmandated to the “Responsible Choices for Women” Group. *Journal of Aggression, Maltreatment Trauma*, 18(7), 770-793, DOI: 10.1080/10926770903249777

Van Dieten M (2010). *Moving On: A Program for At-Risk Women. Modules 1 and 6 Facilitator’s Guide*. Center City, MN: Hazeldon

Van Dieten M, King E (2014). *Advancing the use of CBT with justice-involved women*. En R. C. Tafrate y D. Mitchell (Eds.), *Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice*. Wiley-Blackwell

Van Voorhis P (2013). *Women’s Risk Factors and New Treatments/Interventions for Addressing Them: Evidence-Based Interventions in the United States and Canada*. United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders. National Institute of Corrections. <https://nicic.gov/resources/nic-library/all-library-items/womens-risk-factors-and-new-treatmentsinterventions>

Vasilescu C. (2019). *La ejecución penal desde una perspectiva de género. Una revisión bibliográfica con especial referencia a las medidas penales alternativas*. Revista para el Análisis del Derecho (2). https://indret.com/wp-content/uploads/2019/10/DEFINITIVO_Ejecucio%CC%81n-penal-desde-una-perspectiva-de-ge%CC%81nero_Cristina-Vasilescu.pdf

Vinet E, Bañares PA. (2009). Caracterización de personalidad de mujeres adolescentes infractoras de ley: un estudio comparativo. *Paidéia (ribeirão Preto)*, 19(43), 143–152. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200002>

La aplicación de tecnologías digitales en tratamientos para el trastorno obsesivo compulsivo: Una revisión sistemática

The application of digital technologies in treatments for obsessive compulsive disorder. Systematic Review

Sebastián Fernández¹, Andrés Roussos²

*Correspondencia:

Sebastián Fernández

seba.p.fernandez@gmail.com

RECIBIDO: OCTUBRE 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Resumen

La terapia cognitivo conductual (TCC), con énfasis en la exposición y prevención de respuesta, es un tratamiento eficaz para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), pero enfrenta barreras de acceso como el costo, la estigmatización del paciente y la dificultad de encontrar terapeutas bien entrenados. La inclusión de tecnologías de la información (TICS) en estos tratamientos, ya sea mediante teleterapia, realidad virtual, aplicaciones móviles o intervenciones basadas en internet, busca vencer estas barreras, además de brindar la posibilidad de aumentar la eficiencia de los tratamientos. **Objetivo:** Analizar la evidencia comunicada en la literatura científica sobre el impacto de la inclusión de tecnologías digitales en los tratamientos cognitivo conductuales para el TOC en población adulta. Se busca comprender cómo diferentes tipos de tecnologías digitales influyen en los resultados del tratamiento y cuáles son los beneficios y limitaciones de cada una. **Método:** Para ello se realizó una revisión sistemática la cual incluyó 30 trabajos de investigación. **Resultados y conclusiones:** Se concluye que la inclusión de tecnologías digitales puede resultar beneficiosa para el tratamiento del TOC ya que facilitan el acceso al tratamiento, además de tener la capacidad de potenciarlos y de ser bien aceptadas por los pacientes.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo Compulsivo – Terapia Cognitivo Conductual – Tecnología Digital.

Abstract

Cognitive behavioral therapy (CBT), with emphasis on exposure and response prevention, is an effective treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD), but faces access barriers such as cost, patient stigmatization and the difficulty of finding well-trained therapists. The inclusion of information technologies in these treatments, either through teletherapy, virtual reality, mobile applications or internet-based interventions, seeks to overcome these barriers, in addition to providing the possibility of increasing the efficiency of treatments. **Aim:** Analyze the evidence reported in the scientific literature on the impact of digital technologies in cognitive behavioral treatments for OCD in adult population. We seek to understand how different types of digital technologies influence treatment outcomes and what are the benefits and limitations of each one. **Method:** For this purpose, a systematic review was conducted which included 30 research papers. **Results and conclusion:** It is concluded that the inclusion of digital technologies can be beneficial for the treatment of OCD as they facilitate access to treatment, in addition to having the ability to enhance them and to be well accepted by patients.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder – Behavioural Cognitive Therapy – Digital Technology.

¹ Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

² IPEHCS, Universidad del Comahue/ CONICET.



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

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los trastornos mentales más habituales con una prevalencia en la población general estimada entre el 2 y 3%, siendo ubicado como el cuarto trastorno psiquiátrico más frecuente en el mundo, de acuerdo con un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (Rodríguez, et al., 2009). En la Argentina este trastorno tiene una prevalencia estimada del 2,5% (Stagnaro, J.C. et al., 2018). La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de este trastorno (Olatunji et al., 2013; Sanchez-Meca et al., 2014) siendo la técnica de exposición y prevención de respuesta su principal componente. Sin embargo, existen numerosas barreras para acceder a estos tratamientos, incluyendo los costos del tratamiento, el estigma o vergüenza de los pacientes y la dificultad para encontrar un terapeuta bien entrenado (Belloch et al., 2009; Goodwin et al., 2002; Marques et al., 2010). Por este motivo en los últimos años se ha estudiado la inclusión y acceso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en este tipo de tratamientos, las cuales aportarían ayuda en la expansión de recibir tratamiento, la total confidencialidad y la protección de la intimidad del usuario sin caer en la estigmatización social. Por otro lado, la utilización de tecnologías digitales en el área de salud mental busca generar una mayor eficiencia, es decir, que los logros de los tratamientos sean cada vez mayores pero con el menor coste económico para el paciente y el sistema de salud y en la menor cantidad de tiempo posible (Echeburúa y Corral, 2001). Por último, cabe destacar el radical avance de las tecnologías digitales en la última década y su impacto en la población, estas tecnologías se han vuelto parte fundamental de la vida cotidiana de las personas, de modo que resulta indispensable el conocimiento sobre su uso y el modo de poder aprovecharlas para el cuidado de la salud. El presente trabajo se propone analizar la evidencia comunicada en la literatura científica sobre el impacto de la inclusión de tecnologías digitales en los tratamientos cognitivo conductuales para

el TOC en población adulta. Además de puntualizar los beneficios y limitaciones de la aplicación de tecnologías digitales en tratamientos cognitivo-conductuales para el TOC, señalar los distintos tipos de tecnologías que pueden aportar en el tratamiento cognitivo-conductual del TOC y comparar la inclusión y ausencia del terapeuta en el tratamiento apoyado en tecnologías digitales para el TOC.

ANTECEDENTES

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una forma de tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen (o causan) el malestar asociado a los trastornos mentales. En la TCC, el profesional ayuda al paciente a definir unos objetivos y le enseña a aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir dicho malestar (Fullana, 2012). Las técnicas de exposición, de reestructuración cognitiva o el entrenamiento en habilidades sociales son ejemplos de dichas técnicas. En relación al TOC, los abordajes dentro del enfoque cognitivo-conductual comparten la visión de que los pensamientos intrusivos (en la forma de palabra, imagen o insulto) son, en sí mismo, normales. Desde esta base se concibe que el problema del individuo obsesivo-compulsivo surge de la interpretación que hace de estos pensamientos y de su forma de responder ante ellos. El obsesivo-compulsivo siente que estas cogniciones son indicador de una inquietud interna o de un sentimiento premonitorio, y que, por ello, es el máximo responsable de prevenirlo o erradicarlo, lo cual lo lleva a realizar los denominados “rituales” que el individuo realiza siendo consciente de que no poseen ninguna relación lógica o racional con el estímulo que disparó su obsesión (Westbrook, 2011). Pero, aun así, estos rituales cumplen la función de reducir temporalmente la ansiedad que provocan las obsesiones. El objetivo del tratamiento TCC sería entonces que la persona aprenda, se conciencie e interiorice que los pensamientos intrusivos no indican una necesidad de acción y pueden ignorarse. Esto se lograría principalmente mediante la técnica

de exposición y prevención de respuesta (EPR), la cual también podría nutrirse de técnicas cognitivas (destacando entre otras muchas, la terapia cognitiva de Beck y la terapia racional emotiva de Ellis).

Es simple transponer digitalmente la TCC utilizando programas modulares personalizados en una aplicación de teléfono inteligente, en Internet o en un programa de realidad virtual (Aboujaoude, 2017). Estas tecnologías se pueden utilizar no solo como un tratamiento en sí mismo, sino que también pueden servir para aumentar la efectividad de la TCC tradicional al funcionar como una herramienta que complementa al tratamiento, es decir por un lado tenemos tecnologías que buscan reemplazar los formatos más tradicionales de ofrecer un tratamiento y, por otro lado hallamos tecnologías que buscan complementar el trabajo del psicólogo (Andersson, 2018)

Durante las últimas décadas la incorporación de las tecnologías de la información (TICs) en el campo de la salud y la salud mental han ido creciendo de manera exponencial. La incorporación de las TICs al campo de la salud ha sido denominada como e-Health, término que es definido como el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las TICs ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud (OMS, 2016). Esto también dio lugar al concepto de eSalud Mental, que refiere a la provisión de tratamiento y soporte a personas con problemas de salud mental a través de diversos dispositivos tales como teléfono móvil y computadora, entre otros, yendo desde la provisión de información, servicios de apoyo de pares, aplicaciones virtuales y juegos, hasta interacción en tiempo real con clínicos entrenados (Cleary et al, 2008). El notable incremento en los últimos años dentro de la psicología clínica de intervenciones e investigaciones realizadas a través o con la ayuda de TICs siempre apuntó al beneficio del paciente a través de las extensas posibilidades que ofrecen estas tecnologías, desde los aspectos evaluativos como la recogida de datos clínicos como

también intervenciones estructuradas a partir de protocolos computarizados, aplicaciones móviles, elementos de realidad virtual, entre otros (Asiain et al. 2022, Kumar et al, 2017, Rodríguez-Riesco et al, 2022, Roussos, Braun y Asiain, 2018). Por ejemplo, las terapias cognitivo-conductuales han tomado dichos avances y los han utilizado, entre otras aplicaciones, en el diseño de intervenciones basadas en internet, conocidas como ICBT (Internet based Cognitive Behavioral Therapy). Las ICBT son tratamientos psicológicos que se administran a través de una plataforma web o aplicación móvil. Pueden contar con videos, audios, texto y cuestionarios para evaluar el progreso del paciente. Estas intervenciones pueden ser con apoyo de un terapeuta a través de llamadas o mails, pero también pueden ser autoadministradas sin contacto de un terapeuta. (Celleri et al, 2021)

MÉTODO

Se realizó un estudio de revisión sistematizada Cochrane siguiendo las directrices de la declaración PRISMA de aquellos trabajos de investigación los cuales hayan intervenido en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo mediante la aplicación de tecnologías digitales, considerando como tratamientos aquellas intervenciones que se hayan realizado con el propósito de reducir la sintomatología del TOC en individuos adultos con dicho trastorno diagnosticado. Las revisiones Cochrane utilizan la investigación primaria para generar nuevos conocimientos sobre los efectos de una intervención (o intervenciones) utilizadas en entornos clínicos, de salud pública o de políticas. Su objetivo es proporcionar a los usuarios un resumen equilibrado de los beneficios y daños potenciales de las intervenciones y dar una indicación de qué tan seguros pueden estar de los hallazgos. También pueden comparar la eficacia de diferentes intervenciones entre sí y así ayudar a los usuarios a elegir la intervención más adecuada en situaciones particulares. (Lasserson, 2022)

Del total de artículos encontrados en la búsqueda inicial se realizó una selección evaluando sus

títulos y resumen para verificar que su contenido se ajustará a los objetivos de la revisión mediante los criterios de inclusión detallados de modo que no se seleccionen aquellos estudios no relacionados. Luego se eliminaron los estudios repetidos y por último se realizó una revisión completa de cada artículo para excluir aquellos artículos que no cumplieran los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE BÚSQUEDA

Para llevar adelante este trabajo se realizó una búsqueda de material bibliográfico en idioma inglés mediante los buscadores "CENTRAL" y "PubMed" utilizando como palabras clave:

Obligatorias: OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER - INTERVENTION

Optativas: DIGITAL - VIRTUAL - COMPUTER - INTERNET - WEB -SMARTPHONE - VIDEO - APP

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

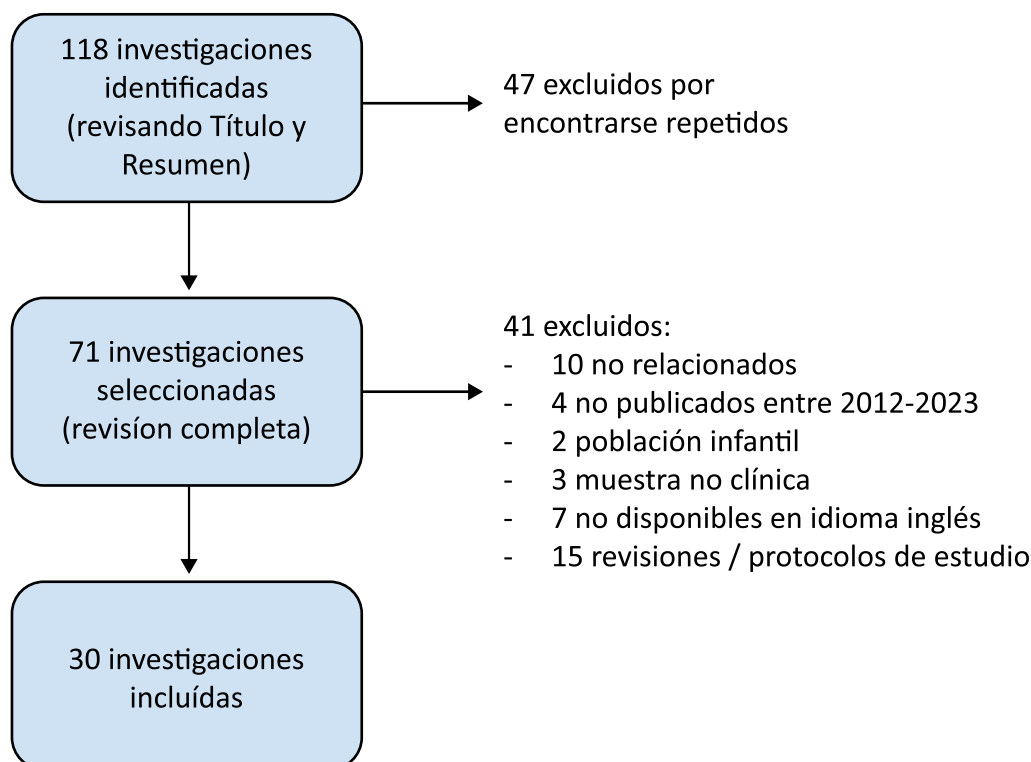
Los criterios de inclusión para la revisión fueron los siguientes: (a) estudios en pacientes adultos (18-60 años de edad) diagnosticados con TOC (b) que investiguen la eficacia de tratamientos psicológicos TCC que incluyan alguna tecnología digital, (c) que hayan sido publicados entre 2012-2023.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión para la revisión fueron los siguientes: (a) Que se haya incluido al TOC como trastorno emocional y por lo tanto la muestra está conformada por participantes con otros trastornos como ansiedad y depresión; y (b) Investigaciones cuya metodología sea revisión sistemática, meta-análisis y/o protocolo de estudio.

DIAGRAMA DE FLUJO

DIAGRAMA DE FLUJO



RESULTADOS

A continuación, se presentan los 30 estudios incluidos en la presente revisión, separados por el tipo de tecnología digital que se utilizó en el tratamiento.

Tecnología incluida en tratamiento	Estudio	Tipo de estudio	Muestra	Medidas Primarias	Resultados
Teleterapia	Goetter et al 2014	Estudio piloto	15 Dx TOC	SCID-IV CGI-S YBOCS	30% no cumplía criterio dx para TOC después de tratamiento 80% presentó mejoría
	Vogel et al 2014	ECA	30 Dx TOC	YBOCS VTS	Tratamiento por teleterapia logró reducción significativamente mayor de los síntomas en comparación con las otras dos condiciones
	Feusner et al 2022	Estudio longitudinal	3552 Dx TOC	DOCS DASS-21 QLESQ-SF	Reducción media del 43,4% de los síntomas Tasa de respuesta del 62,9% (74,2% incluyendo respuesta parcial)
Aplicaciones móviles	Boisseau et al 2012	Estudio piloto	21 Dx TOC leve a moderado	YBOCS BAI QLESQ-SF CEQ	Mejora de 4,25 puntos en el autoinforme YBOCS y una mejora de 3,96 puntos en el BAI Seis participantes informaron una reducción clínicamente significativa de la gravedad del TOC después del tratamiento
	Gershkovich et al 2021	Estudio piloto	27 Dx TOC	YBOCS, HAM-D, QUESQ-SF	51,9% obtuvo una respuesta al tratamiento 29,6% remitieron luego del tratamiento
	Hwang et al 2021	ECA	27 Dx TOC	YBOCS, BDI BAI	Ambos grupos obtuvieron una reducción significativa de las medidas primarias. Las diferencias de puntaje entre los grupos no fueron significativas. (Grupo control: Tratamiento TCC / Grupo tratamiento: TCC + aplicación)

Realidad Virtual	Laforest et al 2016	Estudio piloto	3 Dx TOC subtpo contaminación	YBOCS	2 participantes presentan reducción significativa en medida primaria Ligera pérdida de ganancias terapéuticas a los 8 meses de seguimiento
	Javaherirenani et al 2022	ECA	36 Dx TOC subtipo contaminación	YBOCS BDI BAI OBQ-44	Reducción significativa de medidas primarias en ambos grupos sin diferencias significativas entre los grupos (Grupo control: Tratamiento TCC / Grupo tratamiento: TCC + Realidad Virtual)
ICBT con terapeuta	Andersson et al 2012	ECA	101 Dx TOC	YBOCS	60% de los participantes en grupo tratamiento obtuvo un cambio clínicamente significativo Se reduce a 54% en medida de seguimiento (4 meses)
	Andersson et al 2014	ECA	93 Dx TOC	YBOCS	(Eficacia a largo plazo del tratamiento realizado en Andersson et al 2012) ICBT logró efectos sostenidos a largo plazo
	Andersson et al 2015	Estudio costo eficacia	101 Dx TOC	YBOCS	ICBT es un tratamiento rentable en términos de costo-efectividad. (no se lo comparó con TCC tradicional u otros tratamientos)
	Andersson et al 2015		93 Dx TOC	YBOCS	
	Wootton et al 2013	ECA	56 Dx TOC	YBOCS	Luego del tratamiento reducción del 47% en medida primaria de grupo tratamiento (7 participantes cumplen cambio clínico) Se reduce a 35% a los tres meses (4 participantes cumplen cambio clínico)

	Mahoney et al 2014		67 Dx TOC	DOCS OBQ-20	
	Herbst et al 2014	ECA	34 Dx TOC	YBOCS	Ensayos controlados aleatorizados que compararon diferentes programas ICBT con grupos control que no recibieron tratamiento. Se obtuvieron diferencias significativas en las medidas de evaluación entre los grupos a favor de los grupos tratamiento
	Matsumoto et al 2022		31 Dx TOC		
ICBT con terapeuta	Lovell et al 2017	ECA	473 Dx TOC severo	YBOCS	El grupo que recibió ICBT no presentó un cambio clínico significativo
	Seol et al 2016		42 Dx TOC	YBOCS	
	Patel et al 2020		40 Dx TOC	YBOCS	Estudios de grupo único que evaluaron diferentes programas ICBT. Todos los programas lograron una reducción clínicamente significativa de la sintomatología
	Flygare et al 2021	Estudio grupo único	474 Dx TOC	YBOCS	
	Wootton et al 2021		225 Dx TOC	YBOCS	

	Kyros et al 2018	ECA	179 Dx TOC	YBOCS	Reducción clínicamente significativa en el grupo ICBT
ICBT con terapeuta	Osborne et al 2019	Estudio costo eficacia	-	YBOCS	ICBT tratamiento más rentable frente a TCC tradicional
	Wu et al 2023	ECA	93 Dx TOC	YBOCS FOCI	Reducción clínicamente significativa en el grupo ICBT + medicación Sin diferencia significativa con otros dos grupos: TCC + medicación y solo medicación
	Kobak et al 2015	ECA	87 Dx TOC leve a moderado	YBOCS	Reducción clínicamente significativa en grupo ICBT Diferencia entre los grupos no fue significativa
	Wotton et al 2014	Estudio piloto	28 Dx TOC leve a moderado	YBOCS	Reducción clínicamente significativa en el grupo ICBT Se mantuvieron resultados en la medida de seguimiento a los tres meses.
ICBT sin terapeuta	Wooton et al 2019	ECA	140 Dx TOC leve a moderado	YBOCS	29% reducción en escala YBOCS respecto a grupo control (no recibió tratamiento) Se mantienen resultados a los 3 meses
	Schroder et al 2020	ECA	128 Dx TOC	YBOCS RSES	Reducción significativa de los síntomas según la escala YBOCS

ICBT sin terapeuta	Lundstrom et al 2023	ECA	120 Dx TOC	YBOCS CGI-S	Diferencia estimada en la escala YBOCS fue de 5,35 puntos respecto a la TCC tradicional en favor de esta última, resultando una diferencia estadísticamente significativa
	Jelinek et al 2023	ECA	151 Dx TOC	YBOCS	Reducción clínicamente significativa de los síntomas

Dependiendo del tipo de tecnología utilizada se encontraron diferentes resultados.

En cuanto a la modalidad de teleterapia para el tratamiento del TOC las investigaciones incluidas en esta revisión mostraron muy buenos resultados tanto en la disminución de los síntomas como también en la satisfacción de los pacientes con la modalidad del tratamiento. Se destaca de la investigación de Feusner y colaboradores (2022) que los resultados obtenidos en relación al cambio clínico son equivalentes a los obtenidos en un metanálisis de EPR tradicional (formato presencial) (Ost, 2015). Es decir, la intervención a distancia mediante una reunión online con el terapeuta es igual de eficaz que el formato presencial en esta modalidad de tratamiento (EPR).

Otra tecnología que se incorporó al tratamiento del TOC son los smartphones mediante aplicaciones móviles. Estas aplicaciones mostraron resultados prometedores cuando van acompañadas de un tratamiento presencial o la guía de un terapeuta, es decir que podrían funcionar muy bien como un complemento a los tratamientos tradicionales (Gershkovich et al 2021 y Hwang et al 2021). También mostraron buenos resultados cuando se administraron de forma aislada pero en población con sintomatología leve o moderada (no severa) (Boisseau et al 2012).

En cuanto al empleo de realidad virtual para

la práctica de EPR, solo se identificaron dos investigaciones (una de ellas con una muestra de solo 3 participantes). En ambas el programa de realidad virtual estaba pensado para pacientes diagnosticados con TOC de subtipo de contaminación. Los resultados obtenidos indican que esta tecnología es eficaz para lograr reducir la sintomatología.

Por último, se encontró un gran número de investigaciones relacionadas al empleo de las denominadas ICBT. Este formato de intervención ha tenido un extenso desarrollo logrando obtener muy buenos resultados en el tratamiento del TOC. Además, esta tecnología puede ir acompañada del apoyo de un terapeuta o no. El formato de ICBT con apoyo de un terapeuta demostró eficacia en la reducción de la sintomatología del TOC en un gran número de ensayos controlados aleatorizados (Andersson et al 2012, Herbst et al 2014, Kyros et al 2018, Mahoney et al 2014, Matsumoto et al 2022, Wootton et al, 2013) y estudios de grupo único (Flygare et al, 2021, Seol et al, 2016, Patel et al, 2020, Wootton et al 2021). Además, algunas investigaciones que incluyeron análisis de costo-eficacia mostraron resultados prometedores en términos de eficiencia para este formato de tratamiento (Andersson et al, 2015, Osborne et al, 2019 y Wu et al, 2023). Solamente una investigación donde la muestra estaba formada por pacientes diagnosticados con TOC severo mostró que no había reducción clínicamente significativa de

la sintomatología luego de tres meses después del tratamiento, además de que el haber recibido estas intervenciones no condujo a un aumento significativo de los efectos de haber recibido TCC tradicional luego (Lovell et al, 2017).

En cuanto al formato ICBT sin apoyo de un terapeuta, los resultados son favorables cuando el TOC es leve o moderado (Kobak et al, 2015 y Wootton et al, 2019). Sin embargo el formato ICBT sin apoyo de un terapeuta, aunque logra una reducción clínica significativa de los síntomas, no logra igualar los resultados obtenidos por la TCC tradicional (Lundstrom et al, 2022).

Por otro lado, muchas de las investigaciones incluyeron medidas de aceptación y satisfacción con la inclusión de estas tecnologías, dando en todas las ocasiones resultados muy favorables.

CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática pretendió analizar la evidencia comunicada en la literatura científica sobre el impacto de la inclusión de tecnologías digitales en los tratamientos cognitivo conductuales para el TOC en población adulta. De este modo se encontró que distintas tecnologías digitales se han incorporado en el tratamiento de este trastorno, como la teleterapia, aplicaciones móviles, realidad virtual e intervenciones basadas en internet, pudiendo incluso ser utilizadas con o sin la asistencia de un terapeuta (es el caso de las aplicaciones móviles y las ICBT).

En conclusión, los datos de que se dispone actualmente indican que estas tecnologías digitales podrían ser muy valiosas en el campo del tratamiento. El caso más destacado es el de la teleterapia logrando resultados similares a la TCC en formato presencial. Por otro lado, el uso de aplicaciones móviles y las ICBT también han tenido buenos resultados, aunque no son necesariamente más eficaces que un tratamiento presencial, estas nuevas herramientas permiten facilitar el acceso a las terapias recomendadas para el tratamiento del TOC y también pueden complementar tratamientos tradicionales para potenciarlos, además de que son fáciles de usar y bien aceptadas por los pacientes. Teniendo en cuenta

el gran número de investigaciones que mostraron que distintos formatos ICBT logran un cambio clínico significativo sería interesante ver cómo esta tecnología puede funcionar como un complemento a los tratamientos tradicionales y no verla únicamente como un tratamiento aislado. Sin embargo, en ciertas tecnologías es necesario seguir investigando acerca de su inclusión en tratamientos para el TOC, este es el caso de la realidad virtual, de la cual se encontró poco estudio. Además, aunque las investigaciones encontradas mostraron que esta tecnología puede ser eficaz en la reducción de sintomatología es necesario investigar si podría representar una ventaja (en términos de eficiencia) aplicar esta tecnología en lugar de realizar EPR de forma presencial, ya que es una tecnología más costosa y además los escenarios virtuales deben ser muy específicos (por ejemplo, estas investigaciones se centraron en población con subtipo de contaminación) lo cual hace que no sean útiles para cualquier paciente diagnosticado con TOC. En cambio, la EPR puede ser completamente personalizada para cada paciente de forma simple y sin costo adicional. Es decir, habría que realizar estudios de costo eficacia como se hicieron con el formato ICBT, el cual presentó buenos resultados en ese sentido.

Por otro lado, cabe destacar que para poder aprovechar al máximo cualquiera de estas tecnologías se vuelve necesario investigar acerca de los predictores de respuesta al tratamiento, de modo de conocer qué pacientes se van a beneficiar con este tipo de tratamientos o cuales requerirían un formato presencial, por ejemplo, en el caso del TOC severo el formato ICBT con apoyo de un terapeuta no logró un cambio clínico significativo.

Para finalizar, los buenos resultados en cuanto a la aceptación de los pacientes de estas tecnologías habla de cómo las mismas se han vuelto parte esencial de la vida cotidiana y por lo tanto resulta un acierto buscar incluirlas en tratamientos psicológicos de forma adecuada.

REFERENCIAS

Aboujaoude, E. (2017). Three decades of telemedicine in obsessive-compulsive disorder: a review across platforms. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 14, 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.06.003>

Andersson, E., Enander, J., Andrén, P., Hedman, E., Ljótsson, B., Hursti, T., ... & Rück, C. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 42(10), 2193-2203. doi: 10.1017/S0033291712000244

Andersson, E., Steneby, S., Karlsson, K., Ljótsson, B., Hedman, E., Enander, J., ... & Rück, C. (2014). Long-term efficacy of Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder with or without booster: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 44(13), 2877-2887. DOI: 10.1017/S0033291714000543

Andersson, E., Hedman, E., Ljótsson, B., Wikström, M., Elveling, E., Lindefors, N., ... & Rück, C. (2015). Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: results from a randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 4, 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.004>

Andersson, G. (2018). Information technology and the changing role of practice. *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*, 67-81. New Harbinger Publications, Inc.

Asiain, J., Farah, A., Curatti, JC y Roussos, A. (2022). "Uso de realidad virtual y aumentada en Salud mental." In *Manual de telesalud mental: Tecnologías digitales en la práctica clínica*, Capítulo 11, pp. 161-181. Pirámide.

Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., & Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44, 257-264. DOI: 10.1007/s00127-008-0423-0

Boisseau, C. L., Schwartzman, C. M., Lawton, J., & Mancebo, M. C. (2017). App-guided exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: an open pilot trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 447-458. DOI: 10.1080/16506073.2017.1321683

Celleri, M., Menéndez, J. A., Rojas, R. L., & Garay, C. J. (2021). Diseño de una intervención online basada en el protocolo unificado: iupi!. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Cleary, M., Walter, G., & Matheson, S. (2008). What is the role of e-technology in mental health services and psychiatric research?. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(4), 42-48. DOI: 10.3928/02793695-20080401-04

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.

Feusner, J. D., Farrell, N. R., Kreyling, J., McGrath, P. B., Rhode, A., Faneuff, T., ... & Smith, S. M. (2022). Online Video Teletherapy Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Using Exposure and Response Prevention: Clinical Outcomes From a Retrospective Longitudinal Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(5), e36431. DOI: 10.2196/36431

Flygare, O., Lundström, L., Andersson, E., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2022). Implementing therapist-guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder in the UK's IAPT programme: A pilot trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 895-910. DOI: 10.1111/bjc.12365

Fullana, M. A., Fernández, L., Bulbena, A., & Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. DOI: 10.1016/j.medcli.2011.02.017

Gershkovich, M., Middleton, R., Hezel, D. M., Grimaldi, S., Renna, M., Basaraba, C., ... & Simpson, H. B. (2021). Integrating exposure and response prevention with a mobile app to treat obsessive-compulsive disorder: feasibility, acceptability, and preliminary effects. *Behavior Therapy*, 52(2), 394-405. DOI: 10.1016/j.beth.2020.05.001

Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 460-462. DOI: 10.1016/j.janxdis.2014.05.004

Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 143-149. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01221.x>

Herbst, N., Voderholzer, U., Thiel, N., Schaub, R., Knaevelsrud, C., Stracke, S., ... & Külz, A. K. (2014). No talking, just writing! Efficacy of an internet-based cognitive behavioral therapy with exposure and response prevention in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(3), 165-175. DOI: 10.1159/000357570

Hwang, H., Bae, S., Hong, J. S., & Han, D. H. (2021). Comparing effectiveness between a mobile app program and traditional cognitive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder: evaluation study. *JMIR mental health*, 8(1), e23778. DOI: 10.2196/23778

Javaherirenani, R., Mortazavi, S. S., Shalbafan, M., Ashouri, A., & Farani, A. R. (2022). Virtual reality exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder in patients with contamination subtype in comparison with in vivo exposure therapy: a randomized clinical controlled trial. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-16. doi: 10.1186/s12888-022-04402-3.

Jelinek, L., Schröder, J., Bücken, L., Miegel, F., Baumeister, A., Moritz, S., ... & Schultz, J. (2023). Improving adherence to unguided Internet-based therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.038>

Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., & Rutkofsky, I. H. (2017). The effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders. *Cureus*, 9(8). doi: 10.7759/cureus.1626

Kobak, K. A., Greist, R., Jacobi, D. M., Levy-Mack, H., & Greist, J. H. (2015). Computer-assisted cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized trial on the impact of lay vs. professional coaching. *Annals of general psychiatry*, 14(1), 1-8. doi: 10.1186/s12991-015-0048-0

Kyrios, M., Ahern, C., Fassnacht, D. B., Nedeljkovic, M., Moulding, R., & Meyer, D. (2018). Therapist-assisted internet-based cognitive behavioral therapy versus progressive relaxation in obsessive-compulsive disorder: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 20(8), e242. doi: 10.2196/jmir.9566

Laforest, M., Bouchard, S., Bosse, J., & Mesly, O. (2016). Effectiveness of in virtuo exposure and response prevention treatment using cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a study based on a single-case study protocol. *Frontiers in psychiatry*, 7, 99. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00099

Lasserson TJ, Thomas J, Higgins JPT. (2022) Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3. Chapter 1: Starting a review. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors).

Lovell, K., Bower, P., Gellatly, J., Byford, S., Bee, P., McMillan, D., ... & Roberts, C. (2017). Low-intensity cognitive-behaviour therapy interventions for obsessive-compulsive disorder compared to waiting list for therapist-led cognitive-behaviour therapy: 3-arm randomised controlled trial of clinical effectiveness. *PLoS Medicine*, 14(6), e1002337. doi: 10.1371/journal.pmed.1002337

Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z., ... & Rück, C. (2022). Effect of internet-based vs face-to-face cognitive behavioral therapy for adults with obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(3), e221967-e221967. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.1967

Mahoney, A. E., Mackenzie, A., Williams, A. D., Smith, J., & Andrews, G. (2014). Internet cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder: a randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 63, 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.012>

Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M., & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 27(5), 470-475. DOI: 10.1002/da.20694

Matsumoto, K., Hamatani, S., Makino, T., Takahashi, J., Suzuki, F., Ida, T., ... & Shimizu, E. (2022). Guided internet-based cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A multicenter randomized controlled trial in Japan. *Internet Interventions*, 28, 100515. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100515>

Rodríguez-Riesco, L., & Senín-Calderón, C. (2022). Aplicaciones móviles para evaluación e intervención en trastornos emocionales: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 40(1), 131-151.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar, Á. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 28(1), 31-44. DOI: 10.1016/j.janxdis.2013.10.007

Schröder, J., Werkle, N., Cludius, B., Jelinek, L., Moritz, S., & Westermann, S. (2020). Unguided Internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 37(12), 1208-1220. DOI: 10.1002/da.23105

Seol, S. H., Kwon, J. S., Kim, Y. Y., Kim, S. N., & Shin, M. S. (2016). Internet-based cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in Korea. *Psychiatry investigation*, 13(4), 373. DOI:10.4306/pi.2016.13.4.373

Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N. R., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Sustas, S. E., ... & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina.

Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33-41. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.020

Osborne, D., Meyer, D., Moulding, R., Kyrios, M., Bailey, E., & Nedeljkovic, M. (2019). Cost-effectiveness of internet-based cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Internet interventions*, 18, 100277. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100277>

Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical psychology review*, 40, 156-169. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.06.003

Patel, S. R., Wheaton, M. G., Andersson, E., Rück, C., Schmidt, A. B., La Lima, C. N., ... & Simpson, H. B. (2018). Acceptability, feasibility, and effectiveness of internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in New York. *Behavior therapy*, 49(4), 631-641. DOI: 10.1016/j.beth.2017.09.003

Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Pan American Health Org.

Roussos, A. J., Braun, M., & Asiain, J. (2018). Realidades virtuales en salud mental. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/176135>

Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Håland, Å. T., ... & Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 162-168. DOI: 10.1016/j.brat.2014.10.007

Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). Basic theory, development and current status of CBT. *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*, 1-22. https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/78513_book_item_78513.pdf

World Health Organization. (2016). Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth.

Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D., & Titov, N. (2013). Remote treatment of obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 375-384. DOI:10.1016/j.jocrd.2013.07.002

Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D., & Titov, N. (2014). Self-guided internet administered treatment for obsessive-compulsive disorder: Results from two open trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.03.001>

Wootton, B. M., Karin, E., Titov, N., & Dear, B. F. (2019). Self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT) for obsessive-compulsive symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 66, 102111. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102111>

Wootton, B. M., Karin, E., Dear, B. F., Staples, L., Nielssen, O., Kayrouz, R., & Titov, N. (2021). Internet-delivered cognitive-behaviour therapy (ICBT) for obsessive-compulsive disorder when delivered as routine clinical care: A phase IV clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 82, 102444. DOI: 10.1016/j.janxdis.2021.102444

Wu, Y., Li, X., Zhou, Y., Gao, R., Wang, K., Ye, H., ... & Fan, Q. (2023). Efficacy and Cost-Effectiveness Analysis of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e41283. DOI: 10.2196/41283

Clients' and therapists' perspectives on the role of therapists' values in psychotherapy

Perspectivas de pacientes y terapeutas sobre el rol de los valores de los terapeutas en psicoterapia

María-Luz Bascuñán¹, Vania Martínez^{2,3,4}, Álvaro Jiménez-Molina^{3,4,5}

*Correspondencia:
Álvaro Jiménez-Molina
alvaro.jimenez@uss.cl

RECIBIDO: OCTUBRE 2023 | PUBLICADO: DICIEMBRE 2023

Abstract

Background: There has been a growing concern about the ethical aspects of psychotherapy and the role that personal values can play in this context. **Objective:** To explore the role of therapists' personal values in psychotherapy, considering the perspectives of expert therapists and former clients in Chile. **Method:** Individual semi-structured interviews with 15 expert therapists and 13 former clients were carried out. A content analysis was conducted according to Grounded Theory. **Results:** Despite the consensus among therapists and clients regarding certain core values, such as autonomy, confidentiality, and tolerance, there exists a divergence of opinion concerning the role therapists' values play in the therapeutic process. We have identified four perspectives regarding the management of therapists' values in psychotherapy. Furthermore, our findings underscore a recurring ethical dilemma faced by therapists – the delicate balancing between respecting patients' autonomy and avoiding potential paternalism as clinicians. Within this context, therapists' conceptualization of autonomy encompasses several progressive dimensions, including responsible autonomy, relational autonomy, informed autonomy, and guided autonomy. We discuss these findings in relation to the ethical pluralism and we mention some practical recommendations for therapists and supervisors. **Conclusion:** The training of therapists is inseparable from the development of an ethical sensitivity based on ethical pluralism.

Keywords: Values, psychotherapy, autonomy, ethical dilemmas, ethical pluralism.

Resumen

Antecedentes: Existe una creciente preocupación por los aspectos éticos de la psicoterapia y el rol que pueden desempeñar los valores personales en este contexto. **Objetivo:** Explorar el rol de los valores personales de los terapeutas en psicoterapia, considerando las perspectivas de terapeutas expertos y antiguos pacientes en Chile. **Método:** Se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas con 15 terapeutas expertos y 13 antiguos pacientes. Se realizó un análisis de contenido de acuerdo con la Teoría Fundamentada. **Resultados:** A pesar del consenso entre terapeutas y clientes con respecto a ciertos valores fundamentales, como la autonomía, la confidencialidad y la tolerancia, existe una divergencia de opiniones sobre el rol que desempeñan los valores de los terapeutas en el proceso terapéutico. Hemos identificado cuatro perspectivas respecto a la gestión de los valores de los terapeutas en psicoterapia. Además, nuestros resultados subrayan un dilema ético recurrente que enfrentan los terapeutas: el delicado equilibrio entre respetar la autonomía de los pacientes y evitar posibles paternalismos como profesionales clínicos. En este contexto, la conceptualización de la autonomía por parte de los terapeutas abarca varias dimensiones, que incluyen la autonomía responsable, la autonomía relacional, la autonomía informada y la autonomía guiada. Discutimos estos hallazgos en relación con el pluralismo ético y mencionamos algunas recomendaciones para terapeutas y supervisores. **Conclusión:** La formación de terapeutas es inseparable del desarrollo de una sensibilidad ética basada en el pluralismo ético.

Palabras claves: Valores, psicoterapia, autonomía, dilemas éticos, pluralismo ético.

¹ Departamento de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

³ Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay)

⁴ Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)

⁵ Facultad de Psicología y Humanidades, Universidad San Sebastián, Santiago



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.

INTRODUCTION

Psychotherapy is a psychological practice often designed to help subjective change in multiple areas of personal life (i.e. behaviors, attitudes, thoughts, and beliefs). This change results from a process carried out by the client within the relationship with his/her therapist, who makes use of a variety of ethical principles and values to make decisions about appropriate interventions in his/her therapeutic work (Jadaszewski, 2017; Kitchener & Anderson, 2011; Magaldi-Dopman, Park-Taylor, & Ponterotto, 2011; Walsh, 1995). In this regard, ethical aspects of clinical practice and the role of values are a growing concern in the field of psychotherapy.

Personal values are regarded as basic beliefs charged with affection that transcend specific situations and guide behavior and its evaluation, defining desirable goals to be achieved through action (Schwartz, 2012). Various aspects of the role that personal values play in psychotherapy have been studied. Discussion arose since Rosenthal (1955) observed that, during successful therapies, clients' values move closer to those of the therapist. Although this "values conversion" does not necessarily imply a conscious intent of the therapists, it raises important ethical issues related to moral values and a potential reduction in client autonomy (Farnsworth & Callahan, 2013; Tjeltveit, 1999; Williams & Levitt, 2007).

Several authors have analyzed the underlying values of psychotherapeutic models, the impact of the psychotherapy process on clients' values, and the complex role that therapists' personal values play in their professional work (Fisher-Smith, 1999; Hogan, 2016; Morris, 2011; Rangarajan & Duggal, 2016; Tjeltveit, 1999). While some studies have shown that therapists are reluctant to introduce their personal values into the therapeutic process (Kelly, 1990), other studies have underlined the direct targeting of client values linked to change as an indispensable activity in psychotherapy (Bonow & Follette, 2009). This has brought up the question of whether values-neutral psychotherapy is either possible or desirable (Corey et al., 2011; Kelly & Strupp, 1992; Tjeltveit, 1999, 2006;

Williams & Levitt, 2007).

Given the plurality of human values, it has been suggested that the values difference or "values conflict" between therapists and clients represents an inescapable dimension of psychotherapy (Farnsworth & Callahan, 2013; Levitt et al., 2005). In this regard, some studies have shown that a range of similar values may function as a predictor of positive outcomes (Kelly & Strupp, 1992). Other studies have shown that the real difference between clients and therapists' values is not significantly associated with therapeutic outcomes (Hogan et al., 2016). Jackson et al. (2013) have suggested that the values conflict inherent in therapy can be utilized to promote positive change if managed appropriately and ethically.

The therapeutic relationship involves negotiating agreements or disagreements regarding the treatment objectives and tasks to be carried out during the therapy, with differences or agreements rooted in values (Caro, 2019; Pastor & del Río, 2022). In connection with this aspect, a recent study examined the ethical evaluations made by mental health professionals in the Spanish public healthcare system (n=308) regarding potential situations in psychotherapeutic practice, identifying controversial and low-consensus situations (Pastor & del Río, 2022). This analysis reveals that many therapists face challenges in adhering rigorously to the principle of autonomy and in reaching consensus with patients regarding the goals of psychotherapy. According to the authors, this challenge may be related to remnants of paternalistic attitudes in psychotherapy (Pastor & del Río, 2022).

In a study that considered the perspective of Chilean therapists (n=141) and clients (n=120), Bascuñán (2014) observed that most professionals (87%) stated that they had rarely or never felt troubled due to a conflict between their values and those of their clients. However, 65% of therapists believed that their personal values and beliefs are relevant and affect clients' therapeutic process. Likewise, a large part of the clients (68%) considered that the therapists' personal values and beliefs are important and affect the therapy. Additionally, 74% of the clients

believed that problems might arise due to conflicts between therapists' and clients' values.

It has been suggested that the most effective way to safeguard clients is to cultivate a heightened professional awareness of one's own values and recognize the impact these values may have on the therapeutic process (Clarkson, 2000; Farnsworth and Callahan, 2013). Additionally, it is crucial to consider the potential ethical issues that may arise when conveying personal values about what is deemed appropriate or inappropriate (Caro, 2019). In addition, evidence suggests that there is a set of ethical values that therapists regard as essential for clinical practice. These values include relational connection, beneficence, non-maleficence, autonomy, and justice (Beauchamp & Childress, 1999; Jennings et al., 2005; Jennings et al., 2016; Jensen & Bergin, 1988). Within the normative framework of these principles, clients' right to self-determination should be respected, promoting their well-being and the fair distribution of the benefits of therapeutic interventions (Beauchamp & Childress, 1999; Birnbacher & Kottje, 1996). In this context, the value of client autonomy seems to be one of the core values in the Western psychotherapeutic tradition (Jadaszewski, 2017; Knapp and VandeCreek, 2007).

Autonomy and the psychotherapeutic process

From a sociological perspective, psychotherapy is inseparable from the normative horizon of modern democratic and individualistic societies where individual autonomy is a supreme value (Champion, 2008; Ehrenberg, 2018). In this context, empowering clients to help them become more autonomous is perceived as morally respectful and therapeutically efficient (Marquis, 2019).

However, the term "autonomy" is polysemic. It has been conceptualized as the right to make independent choices about one's own actions and life circumstances –the possibility for everyone to ultimately decide what is good for them (Jennings et al., 2016; Marquis, 2019). In an ontological sense, autonomy can be regarded as a constitutive property

of human beings, as free subjects who can self-determine (Gracia, 2012b). When autonomy is understood in an ethical sense, it alludes to one's responsibility for one's own acts (Gracia, 2012a).

Currently, ethical guidelines and legal norms in health care are based on the principle of respect for autonomy. This principle is expressed in the therapeutic idea of working *with* the client rather than *on* the client (Marquis, 2019), which means that professionals have to promote self-determination in client decision-making over the course of treatment (Beauchamp & Childress, 1999). Since clients frequently request therapeutic help due to self-governance issues (Nesis, 2003), autonomy is likely to be a common reason for consultation and usually an objective of psychotherapy. According to Krause (2005) and Jennings et al. (2016), an increase in autonomy could be used as a criterion for the overall evaluation of success in psychotherapy (Jennings et al., 2016; Krause, 2005). From this perspective, clients need to be allowed to determine the direction of the therapeutic process and take responsibility for helping themselves.

Despite the importance of the autonomy goal, therapists can anticipate conflicts between respect for autonomy and other overarching ethical principles such as beneficence (Knapp & VandeCreek, 2007; Tjeltveit, 2006). For example, when damage risk is noticed, therapists tend to act according to their own values, bypassing clients' autonomy (Williams & Levitt, 2007). The principle of beneficence goes beyond the principle of non-maleficence (the obligation not to cause harm), since it refers to a general concern to do good to others or provide them with the goods necessary for a "good life" (Beauchamp & Childress, 1999; Gracia, 2001). Frequently, there is a misalignment between what a professional deems beneficial for their client and what the client perceives as being in their best interest (García, 2006). In this context, the tension between the principles of beneficence and autonomy and the intention to seek a middle way between them is a popular style of bioethical reasoning for establishing the moral limits of therapeutic action (Brodwin, 2013; Marquis, 2019).

Paternalism is one of the risks of subordinating autonomy to beneficence. Paternalism occurs when the therapist directly attempts to make the client adopt his/her values and beliefs, working on the assumption that he/she always knows what is best for their clients (Kelly & Strup, 1992; Knapp & Vandecreek, 2007).

Nowadays, we are faced with the task of making explicit the role that we attribute to therapists' values and the ethical challenges that therapists must confront in the course of their professional practice (for example, when therapists must deal with conflicting values). Concerning these issues, conventional bioethics offers an inadequate representation of the moral experience of therapists, since the "everyday ethics" of therapists is contextually immersed in ordinary local practice (Brodwin, 2013). Nevertheless, when the problem has been addressed from an empirical point of view, most studies have taken place in the normative contexts of developed countries.

Instead of exploring abstract values, this article aims to describe the role of therapists' personal values in psychotherapy, considering the perspectives of Chilean clients and expert therapists, with an emphasis on the relevance attributed to the agreement/disagreement between therapists and clients' values and the ways in which therapists try to resolve "ethical dilemmas". We define ethical dilemmas as situations where therapists are faced with a conflict of values and it is not easy to define a correct course of action in the therapeutic process (Barnett, 2019). In order to explore this problem in detail, we analyze the particular notions that Chilean therapists have about their own values and about client autonomy in psychotherapy. What role do the values of the therapist play in the course of the therapeutic process? How relevant is the agreement or disagreement between the values of the therapist and the client for the development of the therapy? How is the autonomy of clients addressed throughout the therapeutic process? In the last section, we discuss some practical recommendations for therapists, supervisors, and trainees.

Study method

Employing a qualitative design, individual semi-structured interviews were held with 15 expert therapists with different theoretical orientations and 13 former clients. The interview guidelines included open questions on how therapists behave, how clients expect therapists to behave with respect to their values, and clients' autonomy. The interview scripts for therapists and for clients were analyzed by a specialist in qualitative methods and subsequently piloted with two therapists and two clients.

The role of professional values in therapy and the notion of autonomy were first explored through open-ended questions and then in relation to clients' own decision-making in psychotherapy. It is important to stress that the interviews focused on the difficulties in the therapeutic process and did not explore the way in which the therapy is conducted or the factors that allow it to progress.

Participants and Recruitment

In this study, "expert therapists" were defined as those who were in charge of therapist training in renowned institutions in this field. In Santiago of Chile, 29 training programs for adult or family therapists have been certified by the National Accreditation Commission of Clinical Psychologists. All these centers were invited to participate in the study, with a 52% response rate being attained. As a result, the sample eventually comprised 15 expert therapists from training programs for adult or family therapists offered in Santiago of Chile. All participating therapists were the directors of their therapeutic training centers. The sample was composed of 7 women and 8 men; 13 psychologists and 2 psychiatrists. The mean age of the participants was 55 years (ranging from 35 to 70). They had a variety of therapeutic approaches: psychodynamic (6), systemic (2), cognitive-behavioral (2), humanist (3), and integrative (2).

A client is defined as a person who had a psychotherapeutic experience in his/her life (they are former clients), regardless of the reason for

consultation, the duration of the therapy, or its outcome. A snowball sampling method was used to recruit participants, which allows progressive access to specific populations through the participants' social networks. No former client consulted refused to participate in the study.

The average age of the 13 clients interviewed (9 women and 4 men) was 38 years (ranging from 24 to 74 years). Seven of them attended higher education centers, 3 attended technical education centers, and 3 completed high school. All of them were working at the moment of the interview. The average time of therapy attendance was 3 years (ranging from 3 months to 12 years).

The number of interviews with clients was determined by the principle of saturation of emerging information (Tweed & Charmaz, 2012).

Former clients who were psychologists or psychiatrists were excluded. Clients who were involved in a psychotherapeutic process during the interview

period were also excluded to avoid interfering with the ongoing psychotherapeutic process.

Interviews

All interviews were conducted in person by the first author (MLB). The interviews were audio recorded and lasted approximately 90 minutes. A semi-structured format with an exploratory style of interaction was adopted, in which open-ended and non-directional questions were used (see Table 1). Sub-questions were used when necessary to facilitate exploration and discussion.

Communication with the participants was established after they agreed to be contacted by the researcher. All participants, both therapists and former clients, were informed about the objectives of the study and signed an informed consent. The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Universidad de Chile, approved this research project.

Table 1.

Interview Guideline for therapists and clients

Thematic objective	Starting questions
To identify the main values in psychotherapy	<i>In your opinion, what are the central values in psychotherapy?</i>
To describe the role of the therapist's values in therapy	<i>What is the role of therapist values in therapy? Do you believe that the therapist's values influence therapy and the patient? Why do you think they influence/do not influence them? Can you provide any examples?</i>
To analyze the relevance of the convergence or divergence of values between the therapist and the patient in the therapy	<i>In your opinion, is the similarity or discrepancy between therapist and patient values relevant in therapy? Can you provide any examples? If there is a value discrepancy, how do you think it should be handled?</i>
To describe the notion of patient autonomy	<i>How can the autonomy of the patient in therapy be understood? That is, how would you define the patient's autonomy in psychotherapy?</i>
To identify possible difficulties in relation to the patient's autonomy and the strategies to manage them	<i>Do you think patient autonomy could lead to problems in therapy? What kind of problems? How do you think these difficulties should be handled?</i>
Closing	<i>Is there anything you would like to add in relation to what was discussed?</i>

Data Analysis

A content analysis of the data was conducted according to Grounded Theory, a systematic methodology which operates inductively, and which has been widely used in psychotherapy research (Corbin & Strauss, 2008; Glaser & Strauss, 1967; Tweed & Charmaz, 2012). Firstly, two researchers independently constructed a hierarchical classification scheme from which the thematic categories were identified. Meaning units were assigned labels that remained close to the language used by the participants themselves. The categories were compared to one another, looking for commonalities, and combined with each other, forming higher-order categories. Secondly, a descriptive analysis based on the agreed-upon categories was sent to the respondents in order to triangulate the information. Finally, both relational and selective analyses were conducted to establish connections among the topic categories identified.

Beyond the structured content analysis facilitated by grounded theory, this analytical process places a significant emphasis on reflexivity. This focus extends beyond acknowledging the potential impact of researchers on result interpretation and recognizing how their biases may shape the analysis. It also considers the socialization of therapists, including the researchers themselves, into therapeutic approaches that inherently embody culturally rooted ethical assumptions.

RESULTS

Results are presented in three sections. The first section sheds light on the role of therapists' values in the therapeutic process from the perspective of (expert) therapists and (former) clients. The second section deals with the ways in which Chilean therapists and clients negotiate value conflicts during the therapeutic process. The third section aims to illustrate the discussion around the role of values in psychotherapy based on the analysis of the conceptions of clients' autonomy, a central therapeutic value emphasized by both therapists and

clients in Chile. We use quotes from the interview corpus to illustrate the results. The nomenclature at the end of the quotes indicates if they belong to a therapist (T) or client (C) and the interview code number.

Therapist values: their influence and management in therapy

Therapists and clients share a set of values that represent certain attitudes expected from the professionals (respect, responsibility, autonomy, confidentiality, openness, tolerance). Nevertheless, when their perspective on the participation of the therapist's personal values in professional practice is examined, heterogeneous opinions are observed. The material obtained from the interviews makes it possible to identify four basic ways in which therapists' values and personal beliefs are conceived and managed in psychotherapy.

First, for some of the interviewees –mostly clients and only one therapist– psychotherapy is a value-free scientific activity. In their view, “*values are not at stake, they stay out of therapy*” (T2) and the professional acts as a technician applying a knowledge based on the neutrality of empirical evidence.

“The values of the therapist have nothing to do with it. What do I care what he thinks about his life. I care if he knows how to do his job well, like a dentist knows how to remove a tooth or not” (C12).

Secondly, a group of clients and therapists distinguish between professional values and those of a moral or personal nature. From this perspective, the moral world remains in the margins of professional activity, and only those values derived from empirical evidence in psychotherapy, including conceptions of a lifestyle appropriate for maintaining good mental health, participate in the therapeutic process.

“When one has a conceptual and formative background, one knows the evidence that shows

that certain things are more appropriate than others; those are the values you have to transmit to the patient. For example, if parents beat their children and have a whole foundation that this is a good educational system, I think it is absolutely legitimate for you to say 'OK, that's what you propose, but today it has been demonstrated that this form of parenting does not help develop a good relationship with the child'" (T9).

Here, the therapist has a psycho-educational role to play, favoring people's well-being and health.

"I believe that every psychotherapist must do psycho-education work with respect to the consequences of patients' behaviors. It is an ethical duty, that is to say, there are behaviors that are harmful for patients, for example the consumption of marijuana, you can say to him that it has been demonstrated that it can cause this and that, just like a doctor tells his patient the consequences of smoking tobacco" (T11).

For their part, clients appreciate the information and guidance offered by professionals for making their own autonomous decisions. *"If everything was clear to you, you would not go to therapy" (C1); "it can lead you to adopt the perspective that the therapist believes is the most convenient" (C9); "the therapist has the power to convince the patient, but in the end it is the patient who has the last say" (C3).*

Third, it is contended that moral and professional values cannot be isolated from one another, just as therapists cannot ignore their own selves in their clinical practice. Although it is conceived as inevitable for the therapists' personal values to be present in therapy, this is considered to be undesirable. Therefore, an important part of the therapists' job is self-regulation in order to keep their values aside and facilitate the emergence of clients' own values. In the words of the clients: *"The therapist has to neutralize the values he/she has; religious, sexual, everything" (C3), "he has to be impartial with the patient, he is not a judge" (C9).*

"I can imagine, for example, a therapist who does not tolerate drug users and has to take care of one, then he must detach himself from his prejudices in order to approach the patient. I believe that he should neither impose his judgment nor take advantage of the influence he has on a patient" (C13).

It is interesting to note that not only therapists but also clients mention the importance of the psychological work that therapists should do with themselves. Therapists need to maintain a constant self-reflective attitude to be able to restrain themselves and suspend their own values. Interviewees point out that an abstinence-based attitude allows therapists to contact and empathize with the client with the impartiality needed to provide an embracing space where they can reconstruct their own subjectivity and express themselves freely. From this perspective, the professionals recognized their own bias as therapists insofar as they are embedded in a certain political, social, ideological, and value-based context.

"One has biases, evidently. One cannot say that one is aseptic, that does not exist. Therapists' values and ideas about mental health are a bias of which they should be aware" (T6).

In this regard, it is proposed that *"if neutrality is not possible, abstinence is necessary" (T4), "the central thing is for the therapist to permanently ask himself whether interventions are implemented because they are good for the patient or because of his own values" (T5).*

"We are full of situations where the patient's discourse is built on what 'my therapist told me', that is, he understands his life in the light of what the therapist told him to do or not do, without analyzing it further. I think it is a delicate subject because it implies a conception of the mental world, of how a therapy is understood" (T10).

Finally, for a group of interviewees, therapists' values are not only inevitable in therapy but also desirable. Therapists' "biases" make them who they are, and only by being genuine can a therapeutic relationship lead to change. As one client argues, *"values influence who the therapist is, you can't deny who you are"* (C1). Therapists must be "real people", and their authenticity is their main tool. As a therapist points out, *"We do not deny values; instead, we try to show patients what we are, because only a genuine relationship can be transformative"* (T12).

"As a therapist, you can talk about your values with the patient and show them your own gaze. I think you can be transparent and tell them: 'look, you know that, from my point of view, I consider that this is not adequate'" (T1).

From this perspective, psychotherapy training is mainly based on the development and work of the therapist as a person.

While for some professionals psychotherapy rests on a body of "scientifically" proven knowledge, some trainers include their own theoretical perspective as a "bias" that may more or less inadvertently influence the therapeutic process. Thus, some therapists argue that, among other reasons, they opted for a certain therapeutic approach because of the values associated with it. That is why some professionals always explain their values at the beginning: *"Which values I am going to work with is something I have to say explicitly to my clients... they need to know this to decide if they want to work with me"* (T13).

Value agreement/disagreement between therapists and clients

As both clients and therapists come into the therapeutic process with certain expectations and a preconceived notion of what subjective change entails, many interviewees recognize that alignment of values serves as a crucial facilitator in psychotherapy. In other words, regardless of the

position of the interviewees regarding the presence, relevance, and type of management of values in psychotherapy, agreement on values is considered a facilitating variable of the therapeutic process.

Additionally, for therapists and clients, value conflicts end up being uncommon and non-disruptive. Some clients agree that *"it would be enough if they [therapists] share the universal value of respect for the values of others"* (C1), hoping that professionals will be able to work with a diversity of views and values. Likewise, the therapists believe that professionals should be able to work with a diversity of values and ideological postures.

While both therapists and clients can agree with a set of values, they can disagree when deciding on a course of action and prioritizing a value over another according to the circumstances of the case. In other words, for therapist, the most complex cases are not those in which actions go against a certain value, those in which two or more positive values are in conflict and they must prioritize one over the other. For example, therapists agree on the importance of trust, and therefore encourage confidentiality and oppose unjustified breaches. However, it is complex to decide whether they should breach confidentiality (loyalty, trust, and commitment) when the client is somehow at risk and their responsibility regarding his/her care is at stake.

"For instance, when a patient wants to interrupt the therapy in order to initiate a very unconventional treatment, and you know it is not the right moment, you feel conflicted: you can respect his/her autonomy or break confidentiality to alert someone against his/her will" (T9).

Furthermore, both therapists and clients recognize that there are some extreme situations in which value discrepancies lead either of them to experience a conflict that makes it very difficult (or impossible) to work together. Therapists exemplify these situations with cases of abuse and torture, while clients tend to state differences in religious beliefs.

Some interviewees consider that therapists may

legitimately set their limits and refer clients if they consider that the level of impact and interference that they feel hinders the therapeutic process.

“If you feel it is incompatible with your own values and that you will get emotionally involved with the patient in an inappropriate manner, you have the right to say: ‘I cannot treat this patient’. In other words, there are limits that you have to recognize and accept” (T9).

Interestingly, a client points out that *“this is what preliminary interviews are good for. If therapists feel uncomfortable with a patient, they should not treat him/her” (C11).*

Beyond therapist responsibilities, clients feel capable of making the decision to interrupt a treatment if they consider that there is a conflict of values interfering with the therapeutic relationship. Most of them state that they would simply abandon the therapy instead of expressing the conflict to the therapist.

“This [values concordance or difference] is a pivotal point to determine if you want to continue the therapy with that therapist. If it bothers you, you will have to look for another therapist, you must simply leave” (C1).

On the other hand, a group of interviewees noted that overcoming these value conflicts is a sign of professionalism. In other words, *“[the therapist] must be professional enough to manage these conflicts; interrupting the therapy or referring the patient to another therapist is being mediocre” (C9).*

“I think it is unethical and unprofessional to deny treatment to certain persons... I have encountered very hard circumstances and I had to do the job anyway; I had to treat a person nobody wanted to treat due to their values, for example a torturer. It could not have been more horrible, but I know there is a person asking for my help and it is my duty to give him/her professional assistance” (T2).

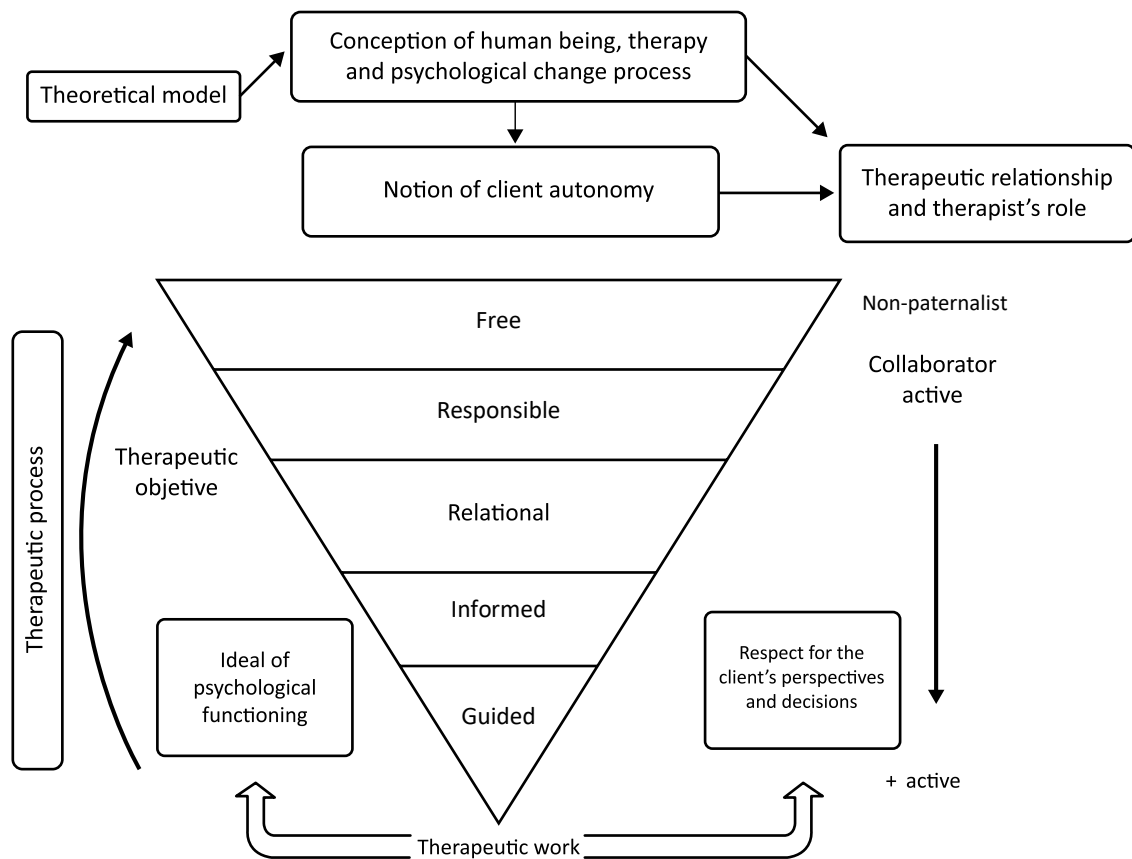
Therefore, the analysis of interviews with clients and therapists reveals the intricate dynamics of values within the therapeutic relationship. Although it is argued that conflicts of values between therapists and clients are infrequent and generally non-disruptive, the importance of value agreement is emphasized as a key factor in the therapeutic process, regardless of diverse opinions on the role and management of values. In other words, the way clients and therapists navigate their agreements or disagreements is inevitably embedded in values. Situations are identified where discrepancies in values can give rise to conflicts that hinder or make collaboration impossible, leading therapists to establish boundaries or prompting clients to interrupt treatment when they perceive that values significantly impede the therapeutic process. In this regard, this topic allows us to appreciate the multifaceted interaction of values in the therapeutic context, recognizing the complexities and ethical considerations inherent in navigating these dynamics and their importance in determining the continuity of the therapeutic relationship.

Client autonomy and therapist values in psychotherapy

All therapists point out that psychotherapy implies managing the power attributed to them by avoiding a paternalistic exercise of their professional role. In this context, the value of respect for autonomy is explicit or implicit in most narratives. However, the conception of autonomy described by therapists is progressive –a question of levels– rather than binary (autonomy is either present or absent), and materializes in different ways according to the aspects that are prioritized. As can be seen in Figure 1, both therapists and clients conceive autonomy in an ontological sense that links it to the essential freedom, dignity, and uniqueness of human beings, and tend to specify this notion in a moral sense emphasizing the responsible exercise of that freedom. However, this autonomy acquires certain “surnames”: autonomy must be exercised responsibly, informally, and in relation to others.

Figure 1.

Conceptions of autonomy in psychotherapy



One way to understand autonomy is to define it as the client's freedom to make his own decisions according to his preferences, values, and life project. Therapists tend to exemplify this "autonomy as an expression of freedom" through the client's establishment of the aims of his or her treatment. As expressed by a therapist, "[autonomy] has to do with deep respect for individuality and the projects of the patient, and not for my own projects and views" (T4). Here, the therapist not only places himself in a non-paternalistic or non-judgmental position before the client, but also has the function of recognizing and favoring this human dimension in the therapeutic process.

"It means respecting the other, basically not putting yourself in a place of absolute authority.

The therapist cannot impose anything, it is a relationship between two subjects, not between a therapist subject and a patient object" (T3).

Another way of understanding autonomy is as "responsible autonomy". In this form of autonomy, the client responsibly exercises his personal freedom, assuming the consequences of the decisions and actions he or she takes. Responsibility is associated with the evaluation of the effect that one's actions have on oneself and others. Therefore, autonomy would not mean "doing what one wants according to one's own preferences", but taking action within a framework of respect for others and the environment. Emphasizing the client's responsibility in the choices they make would also mean specifying the limits of professional responsibility.

“[In decisions], responsibility belongs to the other. [...] So if [the client] makes a decision, he/she must assume full responsibly. Responsibility goes hand in hand with freedom, and therefore the decision you make must always be fully responsible” (T8).

For a group of therapists, autonomy must be understood in the context of the common good. Unlike “responsible autonomy”, this implies that our behaviors not only affect or have consequences on others and the environment, but that they must be oriented toward the good of the collective. From this point of view, a notion of “individualistic” autonomy centered on one’s own interests and preferences is questioned, and what we call “relational autonomy” is introduced, a view that rests on a conception of human beings as individuals necessarily linked and dependent on others.

“I do not believe in autonomy with a capital A, because we interact, we are interconnected and therefore I prefer to think about heteronomy. [...] [Unlike other approaches], where ‘what happens to me is what happens to me and what happens to you is your story’, from an existential point of view I take responsibility and in some way I am responsible for the environment, because I am part of a world and take care not only of mine but also of yours. In that regard, there is no total autonomy” (T8).

From another perspective, the freedom of the clients to make their own decisions requires understanding and reflecting on the reasons for their actions and the circumstances in which they find themselves. In other words, a person would enjoy full freedom to exercise his autonomy only when he possesses some degree of self-knowledge and self-consciousness. For some interviewees, this notion of “informed autonomy” is directly linked to therapeutic work and the role of the therapist in the client’s self-understanding process. In this regard, *“the therapist should help the client to explore the consequences of their decisions” (T6).*

“It is about favoring it [autonomy], but in a sense of an informed autonomy. It is not saying: ‘hey, take your own decisions, why do you expect me to make a decision for you’... I would say ‘well, let’s talk about everything you need to know so that you can make an informed decision’ [...] Autonomy without information is not autonomy... the therapist should contribute with information” (T5).

A group of clients explain that a person who goes to therapy does so in a state of need and confusion, so their autonomy cannot be understood independently of the help they receive from the therapist. Autonomy would thus be the ability to make one’s own decisions but “assisted” by the therapist. This notion of “guided autonomy” is linked to the notion of informed autonomy insofar as the therapist collaborates in the client’s reflection process, based on which he makes certain decisions in his life. However, in this case, the active role of the therapist in determining the direction of these decisions as psycho-educator is emphasized.

“To say that the patient has to freely make their decisions is a fallacy. [...] I believe that when a good psychotherapist can guide the patient in a process so that he/she can make some decisions or produce some changes. But I am absolutely convinced that it is an illusion to think that the patient makes decisions by himself autonomously, without any influence from the therapist” (T9).

In all cases, autonomy is perceived as a condition of healthy human functioning and therefore described as an explicit or implicit objective of psychotherapy. For therapists, to favor the autonomy of the clients would mean maximizing their freedom, placing themselves in a non-paternalistic and non-prescriptive position and therefore encouraging the clients to believe that they have the ability to change for themselves. This means helping her in the process of self-knowledge and self-reflection, to take responsibility for her actions, considering the consequences and motivations that guide her.

Therapists also agree that the clinician may perform different functions throughout a therapeutic process to facilitate or restore the client's capacity for self-governance. What is considered appropriate in each case is supported by an assessment of the client's level of autonomy. For example, interventions with a client who is conceived as self-directed would not be the same as those with a client who is considered dependent or passive. However, therapists and clients express different opinions on how to act in each case. Some interviewees argue that, when faced with a client who is more vulnerable and less capable of self-direction and regulation, the therapist should play a more active role as an "auxiliary self". However, other interviewees consider that, in these cases of greater vulnerability, the therapist must self-restrict and control his influence even more, as the client is more sensitive to the therapist's prescriptions.

Beyond the different forms that the principle of autonomy can assume, participants identify some limits to the principle of respect for autonomy. Therapists identify two situations in which the professional must override the client's autonomy in response to the principle of beneficence: cases of risk to the client and/or third parties and disability of the client. Clients only allude to extreme exceptions and both therapists and clients exemplify this with suicide risk. More directive forms of intervention are justified not only in cases of high suicide risk or psychosis, but also in less extreme situations where the client's capabilities may be affected by contextual factors or biased by his emotional state.

Overall, when therapists must deal with conflicting values, their moral reflectivity is influenced by ideals that aspire to be universally applicable (such as beneficence or autonomy); however, these ideals are constantly modified through the flow of face-to-face encounters. Therapists determine their course of action guided by their clinical judgment and their day-to-day ethical sensitivity.

Finally, therapists' conception of autonomy is linked with how the psychotherapeutic model to which they adhere regards human beings. In other words, their theoretical perspective enables them

to attribute a specific meaning to autonomy in the context of the therapeutic process.

"Respect for the individuality of the client is related to the experiential psychotherapy approach. It has a specific ideological position, all the functioning of non-directive attention in terms of not pointing out what they have to do with their lives is related to the principle of respect" (T1).

"The ethics of psychoanalysis has to do with respect, and everything is derived from it. For example, why one should not get involved with patients, not transfer one's views to the patient, everything is inferred from one's understanding of the logic of the analytic relationship" (T4).

DISCUSSION

This study sheds light on the role of therapists' values in the therapeutic process from the perspective of therapists and clients by addressing the ways in which Chilean (expert) therapists and (former) clients negotiate value conflicts. Consistent with the observations of other studies (Corey et al, 2011; Tjeltveit, 1999; Williams & Levitt, 2007), both therapists and clients consider that respect for autonomy is a central aspect in psychotherapy, highlighting clients' freedom and therapists' duty to respect clients' experiences, decisions, and life plan.

Despite participants' agreement on some central values, they disagree with respect to the role that therapists' values have in therapy. The present study identifies four perspectives associated to the participants' notion of psychotherapy and therapists' professional role.

First, when psychotherapy is perceived as a value-free, scientific activity, therapists see themselves as technicians, and neither value transfer or conflict seem to be a problem. Second, when psychotherapy is considered to be based on professional values, the therapist assumes the role of psycho-educator, promoting what is convenient and healthy according to empirical evidence. From this perspective, the transfer of professional values is a therapeutic duty,

although personal or idiosyncratic values do not take part in clinical practice.

Other therapists argue that it is not possible to separate personal and professional values. However, the way values are treated in psychotherapy is different. According to the third perspective, when it is believed that the professional's personal values may have an impact on therapeutic activity, abstinence or self-restraint are viewed as a professional duty. Although there are also extreme situations in which a divergence in values can prevent a professional from helping a client, both therapists and clients point out that professional ethics should encourage therapists to recognize their limitations and refer a client if they consider that it is not possible to work together. Finally, some participants think that the involvement of the therapists' personal and professional values in the therapeutic process is a tool rather than a problem. According to this discursive position, the genuine character of the therapist as a person becomes a central aspect of the therapeutic relationship and the change process.

A central question guiding this study is whether therapists need to reflect more deeply on how values should participate in psychotherapy. We approach this problem from the perspective of therapists by considering the principle of individual autonomy, a core value shared by both therapists and clients.

Therapists are usually confronted with the need to balance patients' self-determination and their own paternalism, expressed by the formal ethical discourse in terms of the conflict between the principles of client autonomy and professional beneficence. However, ethical values are general statements, while clinical situations are specific, contextual, and involve the interaction of multiple values frequently at odds. As the results suggest, it is particularly complex for therapists when two or more values are in conflict and they must prioritize one over the other in the course of a therapy. Indeed, values may have several meanings and participants may interpret them taking into account a variety of elements of the context in which they are applied. There are cases that cannot be anticipated or regulated and instead require a

process of reflection on the values at odds according to the particular circumstances of each situation. Thus, the ethical sensitivity and ethical dilemmas of clinicians are not structured in terms of mainstream (bio)ethics, but from a position inside the treatment process. In other words, therapists engage with the ethics of psychotherapy not by invoking abstract principles or rules of conduct, but rather through local idioms and reflections on their practice.

As shown in other studies (Ehrenberg, 2018; Marquis, 2019), in therapists' discourse, autonomy is presupposed to be inherent to clients in the form of both a potential to be activated and an expected conquest: the client must behave not as a passive receiver but as an actor of the therapy. Thus, it is essential for the therapist to facilitate the client's process of self-knowledge of this individual potential. In this process, the professional can "guide" clients' autonomous decision-making.

The distinction that Childress (1990) makes between upholding a certain ideal of autonomy and the principle of respect for people's autonomy helps us understand these results. For the interviewees, autonomy constitutes both an ideal of human functioning and the safeguarding of certain pragmatic aspects that make it possible to ensure respect for self-determination in decision-making. Therapists and clients seem to agree on the perception that competence for the exercise of autonomy is relative and not absolute.

While therapists and clients agree on the former's duty to respect clients' decisions even when they are not shared, therapists describe some limits to respect for autonomy. These limits are associated with the assessment of the client's disability and risk, and are based on the principle of beneficence. From this perspective, respect for the client's autonomy in psychotherapy does not mean that the therapist should not influence the client's decisions. As the results show, some therapists consider psychoeducation to be part of their expected professional influence, distinguishing moral values and personal preferences from values derived from empirical mental health research.

Implications for training and practice

Although values are acknowledged as an important element of psychotherapeutic practice, Chile has insufficient guidelines on how to address conflicts between therapists and clients' values. Historically, psychotherapy training has failed to establish a clear sense of the role of therapist values in the therapeutic process, leaving professionals poorly equipped to face some ethical dilemmas inherent to psychotherapy (Jackson et al., 2013). Therapist training needs to take into account the role of both therapist' and clients' values in therapeutic relationships (Farnsworth & Callahan, 2013). The results of this study show that awareness of personal values and their impact on clients' autonomy seem to be particularly important for the therapeutic process.

As shown by Knapp and Vandecreek (2007), paternalism is a constant concern that must be addressed in the therapists' training process by recommending personal therapy and supervision. In this regard, Veach et al. (2012) show that clinical supervisors are not sure to what extent they should insist that supervisees behave according to their own values. Supervisors have the difficult task of protecting client autonomy at the cost of reducing the autonomy of their supervisees. One way supervisors can address this dilemma is to train supervisees in the perspective of cultural and ethical pluralism.

Autonomy and pluralism are fundamental values in democratic individualistic societies. These values oblige us to recognize and respect our differences, but also to establish basic agreements. Of course, multiple conceptualizations of autonomy exist, but in general this principle involves promoting relative control over several parts of one's life. Autonomy has a paradoxical status: on the one hand, it implies a reduction in dependency; on the other hand, it implies the recognition that our daily lives develop in a wide network of mutual dependencies. For its part, the value of pluralism shows us that diversity is positive but also that we can only respect each other based on basic common agreements. In other words, autonomy

does not mean absolute independence and pluralism is not relativism. Thus, respecting the coexistence of multiple psychotherapeutic views is necessary but not sufficient. If we believe in psychotherapeutic pluralism, it is also necessary to set a shared basis from which we can operate as therapists.

The training of therapists is inseparable from the development of an ethical sensitivity, which is embedded in underlying values that are usually reflected in the general principles of codes of ethics for mental health professionals. However, no code of ethics can provide sufficient guidance to address all the potential ethical dilemmas that therapists face in the course of their professional practice, for example on how to determine which principle takes precedence over another when a value conflict is evident in working with diverse clients (Barnett, 2019). Since there is a gap between the ideals expressed in professional codes of ethics and daily practice, ethical guidelines cannot eliminate the ambiguity of clinical practice. It is not only a matter of defining what we cannot do in therapy (or what is ethically inappropriate), but also of declaring what we do and why it is ethically appropriate.

Some authors recommend the use of an ethical decision-making model when general ethical principles seem to be in conflict and thus determine the most appropriate way to apply their professional judgment (Knapp et al., 2017; Barnett, 2019). Others recommend that therapists participate in peer groups that provide mutual support, and especially consult with expert therapists, not only to resolve an ethical dilemma but even to determine whether a real ethical dilemma exists (Johnson et al., 2013). However, these strategies do not seem to be sufficient when therapists are faced with ethical dilemmas in their daily practice. At the front line of therapy, interventions are a matter of personal, clinical, and ethical sensitivity. Thus, instead of trying to homogenize our views, we can value this diversity and promote it explicitly in the process of training therapists, as well as in the therapeutic process itself. When therapists are forced to think explicitly about ordinary decision-making

and their “everyday ethics” (Brodwyn, 2013), they also start thinking differently about themselves as ethical agents.

Ultimately, psychotherapy training must consistently acknowledge the existence of a differential power dynamic between the client and the therapist. The authority vested in therapists is connected to socially constructed knowledge that provides diverse justifications for their practice (Caro, 2019). However, this authority is also intertwined with a dynamic that inherently involves a power asymmetry—an aspect that must be addressed as a fundamental ethical concern.

The significance of exploring these ethical questions stems from the understanding that the training of psychotherapists should extend beyond the exclusive emphasis on conceptualizations of mental health, intervention techniques, or research methods. Instead, it should also involve thoughtful consideration of the attitudes and values that form the foundation of these theories, practices, and methods.

Limitations of this study and future directions

The main limitations of this study are related to the characteristics of the sample and the social desirability factor inherent to the phenomenon explored. It is also difficult to assess the extent to which clients’ responses to questions about their ethical values may be influenced by the transference effects of therapy. It is possible to assume that those who agreed to participate in this study differ from those who did not, at least with respect to their interest in the issue of ethics in psychotherapy.

In this study, values in psychotherapy are understood primarily as personal values. However, being a therapist is, in itself, an identity that influences the moral world of the therapist. Psychotherapy, in all its forms, has an inherent value system and each therapeutic approach has its own way of defining the good life. For a CBT therapist, for example, adaptation to life is fundamental, while for an existential therapist

the fundamental thing is the meaning one attributes to life. Future studies should investigate the ethical dilemmas that arise in relation to the therapeutic approach and how these approaches influence the ethical decisions of therapists.

Future studies should address the ethical issues emerging in the field of therapeutic work with children and adolescents. Since ethical discussions involving therapists and clients are inseparable from their immediate life circumstances, institutions, and cultural beliefs, more social research is needed in a terrain still monopolized by the normative analysis of moral philosophy.

ACKNOWLEDGEMENTS

VM and AJ-M received funding from ANID/Millennium Science Initiative Program, grant NCS2021_081 and ICS13_005. The funders had no role in study design, data collection and analysis, interpretation of data and in the preparation of the manuscript.

REFERENCES

- Bascuñán, M.L. (2016). *Desafíos éticos en psicoterapia. Perspectiva de formadores, terapeutas y consultantes* (Doctoral Thesis, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1999). *Principios de ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Barnett, J. (2019). The ethical practice of psychotherapy: Clearly within our reach. *Psychotherapy*, 56(4), 431-440. <https://doi.org/10.1037/pst0000272>
- Bonow, J.T., & Follette, W.C. (2009). Beyond values clarification: Addressing client values in clinical behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 32, 69-84. doi: 10.1007/BF03392176.
- Brodwin, P. (2013). *Everyday ethics. Voices from the front line of community psychiatry*. University of California Press.
- Caro, I. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 73-91.
- Champion, F. [dir.] (2008). *Psychothérapie et société*, France, Paris: Armand Colin.
- Childress, J.F. (1990). The place of Autonomy in Bioethics. *The Hastings Center Report*, 2 (1), 12-17. <https://doi.org/10.2307/3562967>
- Clarkson, P. (2000). Values in Counselling and psychotherapy. En P. Clarkson (Ed). *Ethics. Working with ethical and moral dilemmas in psychotherapy* (pp.48-58). Whurr Publ.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3 ed.). Sage.
- Corey, G., Corey M., & Callahan, P. (2011). Values and the helping relationship. In G. Corey, M. Corey & P. Callahan (Eds.). *Issues and Ethics in the Helping Professions* (pp. 76-111). Brooks/Cole.
- Ehrenberg, A. (2018). *La mécanique des passions. Cerveau, comportement, société*. Editions Odile Jacob.
- Farnsworth, J. K., & Callahan, J. L. (2013). A Model for Addressing Client-Clinician Value Conflict. *Training and Education in Professional Psychology*, 7(3), 205-214. DOI:10.1037/a0032216
- Fisher-Smith, A. M. (1999). *From value neutrality to value inescapability: A qualitative inquiry into values management in psychotherapy* (Un-published doctoral dissertation). Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, UT. <http://www.ebooksdownloads.xyz/load/read.php?id=qsXKXwAACAAJ>
- García Pérez, M. (2006). Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Rev Adm Sanit*, 4(2), 341-56.

- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies of qualitative research*. Aldine.
- Gracia, D. (2012a). La construcción de la autonomía moral. Parte I. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 32 (1), 1-11.
- Gracia, D. (2012b). La construcción de la autonomía moral. Parte II. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 32 (2), 89-96.
- Hogan, L.R. (2015). *The role of Values in Psychotherapy Process and Outcome* (Doctoral dissertation). University of North Texas. https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc804912/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf
- Hogan, L., Callahan, J., and Shelton, A. (2016). Una cuestión de percepción: impacto de diferencias de valores entre paciente y terapeuta sobre alianza y resultados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXV(1), 5-16.
- Jadaszewski, S. (2017). Ethically problematic value change as an outcome of psychotherapeutic interventions. *Ethics & Behavior*, 27(4), 297-312. <https://doi.org/10.1080/10508422.2016.1195739>
- Jackson, A.P., Hansen, J., & Cook-L., J.M. (2013). Value Conflicts in Psychotherapy. *Issues in Religion and Psychotherapy*, 35(1), 6-14.
- Jennings, L., Sovereign, A., Bottorff, N., Mussell, M., and Vye C. (2005). Nine ethical values of master therapists. *Journal of Mental Health Counseling*, 27 (1), 32-47. <https://doi.org/10.17744/mehc.27.1.lmm8vmdujgev2qhp>
- Jennings, L., Sovereign, A., Bottorff, N., & Mussell, M. (2016). Ethical Values of Master Therapists. In T. Skovholt & L. Jennings L. (Eds.), *Master Therapists: Exploring Expertise in Therapy and Counseling*. Oxford University Press.
- Jensen, J.P., & Bergin, A.E. (1988). Mental health values of professional therapists: A national interdisciplinary survey. *Professional Psychology, Research and Practice*, 19, 290-297. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.3.290>
- Johnson, W., Barnett, J., Elman, N., Forrest, L., and Kaslow, N. (2013). The competence constellation model: A communitarian approach to support professional competence. *Professional Psychology*, 44, 343-354. <https://doi.org/10.1037/a0033131>
- Kelly, T.A. (1990) The role of values in psychotherapy: A critical review of process and outcome effects. *Clinical Psychology Review*, 10(2), 171-186. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90056-G](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90056-G)
- Kelly, T.A., & Strupp, H.H. (1992). Patient and Therapist Values in Psychotherapy: Perceived Changes, Assimilation, Similarity, and Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 34-40. DOI: 10.1037//0022-006x.60.1.34
- Kitchener, K.S., & Anderson, S.K. (2011). *Foundations of Ethical Practice, Research, and Teaching in Psychology and Counselling* (2nd ed). Routledge.
- Knapp, S., & Vandercreek, L. (2007). Balancing respect for autonomy with competing values with the use of principle-based ethics. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 397-404. DOI: 10.1037/0033-3204.44.4.397

Knapp, S., VandeCreek, L., and Fingerhut, R. (2017). *Practical ethics for psychologists: A positive approach* (3rd ed.). American Psychological Association.

Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio*. Chile, Santiago: Ediciones Universidad Católica.

Levitt, H., Neimeyer, R., and Williams, D. (2005). Rules versus principles in psychotherapy: Implications of the quest for universal guidelines in the movement for empirically supported treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 117-129. <https://doi.org/10.1007/s10879-005-0807-3>

Magaldi-Dopman, D., Park-Taylor, J., & Ponterotto, J. (2011). Psychotherapists' spiritual, religious, atheist or agnostic identity and their practice of psychotherapy: A grounded theory study. *Psychotherapy Research*, 21(3), 286-303. DOI: 10.1080/10503307.2011.565488

Marquis, N. (2019). Making people autonomous: A sociological analysis of the uses of contracts and projects in the psychiatric care institutions. *Culture, Medicine and Psychiatry*, Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09624-x>.

Morris, E.L. (2011). The Good Life in Psychotherapy: Implicit and Influential. *All Theses and Dissertations*. Paper 2887. <http://scholarsarchive.byu.edu/etd>

Nesis, J.E. (2003). Ética y psicoterapia: una edición dedicada al consentimiento informado. *Rev. Perspectivas bioéticas*, 8 (15), 9-14.

Pastor, J. & del Río, C. (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: Estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 187-203.

Rangarajan, R., & Duggal, Ch. (2016). Exploring values of therapists in India. In: S. Sriram (Ed.). *Counselling in India* (pp. 91-112). Springer.

Rosenthal, D. (1955). Changes in some moral values following psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 431-436. <https://doi.org/10.1037/h0045777>

Schwartz, S.H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1116>

Tjeltveit, A. (1999). *Ethics and Values in Psychotherapy*. Routledge.

Tjeltveit, A. (2006). To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 186-200. DOI: 10.1037/0033-3204.43.2.186

Tweed, A., & Charmaz, K. (2012). Grounded Theory methods for mental health practitioners. In D. Harper and A. Thompson (Eds.). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (pp. 131-146). Sussex: John Wiley & Sons.

Veach, P., Yoon, E., Miranda, C., MacFarlane, I., Ergun, D., and Tuicomepee, A. (2012). Clinical supervisor value conflicts: low-frequency, but high-impact events. *The clinical supervisor*, 31(2), 203-227. <https://doi.org/10.1080/07325223.2013.730478>

Walsh, R. (1995). The study of values in psychotherapy: A critique and call for an alternative method. *Psychotherapy Research*, 5(4), 313-326. <https://doi.org/10.1080/10503309512331331426>

Williams, D.C., & Levitt, H.M. (2007). A qualitative investigation of eminent therapists' values within psychotherapy: Developing integrative principles for moment-to-moment psychotherapy practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 17 (2), 159-184. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.17.2.159>