

NECESIDADES Y OPORTUNIDADES DE
ENTRENAMIENTO DE LOS PSICÓLOGOS EN COLOMBIA

LAURA MAYORGA SÁNCHEZ

TRABAJO DE GRADO 2

DIRECTORA DE TESIS: IONA NAISMITH

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

18 ENERO DE 2021

Agradecimientos

A mi familia, quien me apoya e impulsa a cumplir mis metas. A mi directora de tesis Iona Leño, quien me dio la oportunidad de continuar esta investigación, siempre estuvo dispuesta a resolver mis dudas y fue una guía imprescindible en cada etapa. A mis amigos de carrera Julián Becerra, Ágelica Gualtero y Juanita Rueda por ayudarme a buscar soluciones cuando se presentaron dificultades. Finalmente, al laboratorio de Psicología Clínica de Leonidas Castro, el fundador de este maravilloso proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	4
Justificación.....	5
Marco teórico.....	5
Preguntas de investigación.....	10
Metodología.....	10
I. Participantes.....	10
II. Métodos de recolección de datos	11
III. Procedimiento.....	12
IV. Plan de análisis.....	12
V. Consideraciones éticas.....	13
Resultados.....	15
I. Encuesta.....	15
II. Cuestionario de habilidades clínicas.....	18
Discusión.....	19
Limitaciones.....	26
Implicaciones clínicas.....	26
Referencias.....	26
Anexos.....	32

Resumen

En Colombia existe una gran necesidad de tratamiento, pero un acceso deficiente a los servicios de salud mental. No es viable aplicar modelos de países de altos ingresos porque relativamente pocos individuos pueden costearlos. Por este motivo, el objetivo del presente proyecto es analizar las habilidades, el conocimiento y las condiciones de trabajo de terapeutas de Florencia, Arauca y Sincelejo con el propósito de establecer fortalezas y necesidades y, en ese sentido, impartir futuros proyectos. Los datos se analizaron de manera cuantitativa mediante estadística descriptiva y de forma cualitativa (análisis temático) mediante el programa NVIVO. Se evidenció que la mayoría de los psicólogos se encontraban en posiciones clínicas en su último año de pregrado (80%), trabajaban con adultos y niños/adolescentes (61%) y tiempo completo (52%). Además, los terapeutas afirmaron ofrecer atención grupal (67%), atender clientes semanalmente (67%), recibir supervisión (97%) y ofrecer aproximadamente 8 sesiones de 54 minutos cada una. Por otro lado, la mayoría de los encuestados completó un pregrado presencial (82%) y complementó sus estudios después del pregrado (74%). En lo que respecta las necesidades de entrenamiento, las siguientes fueron destacadas: habilidades clínicas (15%), abuso sexual (15%) y técnicas de tercera generación (15%). Finalmente, el 94% reportó tener acceso a un computador en casa, sugiriendo que podría ser viable impartir entrenamiento virtual. Además, se discute que 8 sesiones de 1 hora serían adecuadas para los psicólogos dadas sus condiciones de trabajo y limitaciones, que hay respuestas adecuadas en todas las situaciones y que se identificaron respuestas preocupantes.

Abstract

In Colombia exists a great need for treatment, but a poor accessibility to mental health services. It is not feasible to apply models used in high-income countries because relatively few

individuals can afford them. For this reason, the aim of the present project is to analyze the abilities, knowledge and working conditions of psychologists from Florencia, Arauca and Sincelejo in order to establish strengths and needs and, in this sense, impart future projects. The data was analyzed quantitatively, through descriptive statistics and qualitatively (thematic analysis) using the NVIVO program. It was shown that most psychologists were in clinic positions in the last year of their undergraduate major (80%), worked with adults and children/adolescents (61%) and full time (52%). Moreover, the therapists claimed to offer group attention (67%), serve clients on a weekly basis (67%), receive supervision (97%) and offer approximately eight 57 – minute sessions. Furthermore, the majority of respondents completed an on-site undergraduate (82%) and complemented their studies (74%). As regards training requirements, the following were emphasized: clinical abilities (15%), sexual harassment (15%) and third generation techniques (15%). Finally, 94% reported having access to a computer at home, suggesting that it could be viable impart virtual training. It is argued that, with regard to the posed clinical situations, psychologists suggest techniques that do not have enough evidence. In addition, it is discussed that 8 sessions of 1 hour would be appropriate for psychologists given their working conditions and limitations, that there is adequate responses in all situations and that were identified worrying responses.

Justificación

Una considerable falta de provisión de tratamiento psicológico de salud mental adecuado se ha identificado internacionalmente, especialmente en países de ingresos medios y bajos (PIMB) (Rathod, et al., 2017). Cada vez, es más reconocido que no es viable aplicar modelos de países de altos ingresos, tales como programas de estudio avanzados, dado que relativamente pocos individuos pueden costearlos. Una solución más factible y sostenible implica un modelo de tratamiento gradual a través del cual profesionales locales no especializados (NSPs, por sus

siglas en inglés), sin formación clínica avanzada, se especialicen en intervenciones manualizadas, las cuales puedan ser entrenadas más rápidamente y después confiar la supervisión y el manejo de individuos con necesidades más complejas a un pequeño número de profesionales especializados (Raviola, Naslund, Smith y Patel, 2019).

Colombia es un país que podría beneficiarse enormemente de este modelo ya que, de acuerdo con una reciente encuesta nacional conducida por el Ministerio de Salud (2015), en el país existe una gran necesidad de tratamiento, pero un acceso deficiente a los servicios de salud mental. En lo que se refiere a las necesidades, la encuesta sugiere que el 9,6% de los adultos entre los 18 y 44 años presenta síntomas que sugieren algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad y el 80,2% manifiesta de 1 a 3 síntomas depresivos. Así mismo, el 11,2 % de los adultos de 45 años en adelante presenta un trastorno mental, el 54,8% tiene uno o más síntomas de ansiedad, el 71,9% presenta de uno a tres síntomas de depresión y el 6,7% tiene indicadores de psicosis. Además, el 7,4% de ambos grupos afirma haber presentado ideación suicida. De hecho, entre la primera y la quinta semana epidemiológica del 2015 se notificaron 18.910 casos de intento de suicidio. Por otro lado, con respecto al acceso a los servicios de salud mental, en el informe se afirma que existe un alto porcentaje de personas que acuden a las instituciones de salud, pero que no reciben un diagnóstico adecuado, por lo cual no se reconocen como usuarios reales. Así mismo, en la encuesta se menciona que la localización geográfica y los costos de transporte no permiten tener un acceso real a los servicios. Lo anterior impacta negativamente las acciones de promoción y prevención, el manejo de las posibles patologías y las tasas de abandono en los tratamientos. Finalmente, en el texto se menciona que también existen otros elementos que impactan el acceso a los servicios de salud mental como son la distancia geográfica de los servicios en las zonas rurales, la poca claridad en las rutas de atención y la falta de personal con una capacitación adecuada en salud mental.

Un reto es el limitado número de profesionales de salud que existen en Colombia, respecto a la población que requiere de atención psicológica. Por ejemplo, en 2017 había 225.000 excombatientes que tenían problemas de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático e ira excesiva. Sin embargo, en ese momento solo había 150 psicólogos para atenderlos, es decir, solamente 1 profesional de salud mental por cada 1.400 personas. Esto se debe a que la mayoría de los psicólogos se encuentran en centros urbanos importantes, por lo cual un porcentaje significativo de las Fuerzas Armadas no tiene acceso o presenta dificultades para acceder a un psicólogo (Wills, 2017).

Un segundo reto es que los profesionales que ofrezcan el tratamiento podrían carecer de formación. Esto debido a que si bien para practicar la terapia en Colombia solo se requiere haber completado un Pregrado en Psicología que involucre ciertos cursos teóricos (p.ej. historia de la psicología, procesos psicológicos básicos y formación en procesos investigativos), contar con la tarjeta profesional (Ley 1090 de 2006, artículo 3° y 6°) y haber realizado prácticas durante un año con supervisión, hasta 2019 no era obligatorio realizar prácticas en contextos clínicos. Además, son pocos los doctorados, maestrías o cursos de especialización, y los que hay se encuentran localizados en mayor medida en la capital de Bogotá, por lo cual resultan inaccesibles para muchos psicólogos. Como resultado, muchos profesionales terminan ejerciendo sin las habilidades necesarias, a pesar de estar altamente motivados a desarrollarlas.

Se han realizado algunos esfuerzos previos para incrementar la calidad y la accesibilidad del cuidado de la salud mental afuera de Bogotá usando líderes comunitarios (Aranguren-Romero y Rubio-Castro, 2018). Estos son usualmente exitosos, no obstante, no forman a aquellos que tienen bases en psicología.

Por otro lado, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), ha aportado más evidencia sobre una mayor efectividad comparada con otros abordajes clínicos (Grill, Castañeiras y Fasciglione, 2017) y ha demostrado tener buenos resultados en las problemáticas más comunes

que existen en nuestro país (Bonilla-Escobar et al., 2018). Por este motivo, consideramos que el presente estudio, el cual se basa en explorar cuál es la formación, experiencia y habilidades de los psicólogos en Colombia, podría ayudar a impartir futuros proyectos de entrenamiento en esta terapia.

El equipo de investigación exploró las cuestiones mencionadas anteriormente entrevistando a psicólogos de Arauca, Florencia y Sincelejo. Se seleccionaron estas regiones ya que, a diferencia de ciudades como Bogotá, estos lugares tienen grandes diferencias en tratamientos de salud mental con múltiples psicólogos ejerciendo que raramente tienen un posgrado en psicología clínica.

De acuerdo con Anthony D. Roth y Stephen Pilling (2008), todo psicólogo debe tener ciertos conocimientos y habilidades, independientemente de la intervención psicológica que maneje. Con respecto a los conocimientos, los autores afirman que todo psicólogo debería conocer los problemas de salud mental, las normas éticas y profesionales y al menos un modelo de terapia. Con respecto a las habilidades, según los investigadores todos los psicólogos deberían tener la habilidad para atraer al paciente, fomentar y mantener una buena alianza terapéutica, comprender la perspectiva del paciente y su “visión de mundo”, lidiar con el contenido emocional de las sesiones, manejar desenlaces, realizar una evaluación genérica y hacer uso de la supervisión.

Por otro lado, los autores afirman que los psicólogos que apliquen la TCC deben tener conocimientos y habilidades adicionales propias de esta terapia. Con respecto a los conocimientos, los investigadores afirman que los terapeutas deben conocer los principios básicos de la TCC, los sesgos cognitivos comunes relevantes a esta terapia y el rol de búsqueda de conductas seguras. Con respecto a las habilidades, Roth y Pilling afirman que los terapeutas deben tener la habilidad de explicar y demostrar al paciente la justificación de la TCC, acordar las metas para la intervención, estructurar las sesiones, utilizar medidas y monitoreo propio para

guiar la terapia, monitorear el resultado, elaborar un ciclo de mantenimiento y utilizar este para establecer los objetivos, resolver los problemas, terminar la terapia de manera planeada y así mismo, planear el mantenimiento a largo plazo de lo alcanzado después del tratamiento.

Los tratamientos de esta terapia son usualmente breves y limitados en tiempo. Muchos de ellos llevan a una mejoría clínica significativa y a la reducción de síntomas de 10 a 20 sesiones. Sin embargo, algunos investigadores ahora están trabajando en hacer estos tratamientos incluso más eficientes, rentables y asequibles. Algunas estrategias para incrementar la eficiencia de los tratamientos incluyen adaptar los tratamientos individuales a un formato grupal, materiales de autoayuda y biblioterapia, y programas de terapia asistidos por computador. Sin embargo, la estrategia más común para incrementar la efectividad es reducir el número de sesiones de los tratamientos de TCC ya existentes. A pesar de que no haya una clara definición estandarizada para TCC “breve”, se considera que las intervenciones duren menos de 10 sesiones. Esta brevedad presenta ventajas claras. En primer lugar, incrementar la relación coste eficacia, podría hacer el tratamiento más asequible para individuos en necesidad de asistencia. De la misma manera, los pacientes disfrutan los rápidos avances del tratamiento, lo cual podría a su vez mejorar la credibilidad del tratamiento e incrementar la motivación para cambios posteriores.

En este punto, es importante mencionar que este enfoque podría presentar desventajas en algunas circunstancias. Lo anterior debido a que, en primer lugar, la propuesta del tratamiento breve asume que el objetivo de cambio está claramente definido y delimitado. En este sentido, pacientes que presenten síntomas difusos o con condiciones particulares de comorbilidad podrían necesitar un tratamiento más prolongado. Así mismo, el enfoque breve también asume que el paciente está motivado en participar en el tratamiento y está listo para hacer cambios cognitivos y comportamentales. No obstante, los pacientes que son ambivalentes acerca del cambio y reacios a completar tareas asignadas podrían no beneficiarse de

tratamientos de duración limitada. De la misma manera, el enfoque de la TCC requiere que el terapeuta sea capaz de mantener al paciente concentrado en las metas y tareas específicas del tratamiento. Esto requiere que el terapeuta sea experto en redireccionar a los pacientes rápidamente mientras mantiene una fuerte alianza terapéutica. Así pues, no todos los terapeutas son apropiados para la TCC breve. Además, al evaluar la investigación a la fecha para este tipo de terapia, se ha visto que algunos trastornos podrían ser más susceptibles a la TCC breve que otros. Por ejemplo, trastornos delimitados con relaciones válidas definibles, tales como fobias específicas, parecen más adecuados para esta terapia. Finalmente, es importante mencionar que a pesar del argumento con respecto a que el porcentaje de recaída podría elevarse después de recibir la TCC breve, con respecto a la TCC tradicional, en términos generales la evidencia señala una buena respuesta a largo plazo (Hazlett-Stevens y Craske, 2002).

Preguntas de investigación

¿Cuáles son las habilidades del psicólogo en relación con el consultante?

¿Qué tipo de entrenamiento sería adecuado para terapeutas sin formación avanzada?

¿Cuál es su conocimiento sobre intervenciones cognitivo-conductuales?

¿Cuáles son las condiciones de trabajo de los psicólogos que trabajan en Florencia, Arauca y Sincelejo?

Metodología

Participantes

El criterio de inclusión para el estudio fue (i) haber completado un Pregrado en Psicología y contar con la respectiva tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos (Ley 1090 de 2006, artículo 3° y 6°) (ii) estar trabajando actualmente en el campo de la Psicología Clínica. La muestra final consistió en psicólogos de Florencia (N=21), Arauca

(N=25) y Sincelejo (N=10). 46 (84%) eran mujeres, 9 (16%) eran hombres. La edad osciló entre 21 y 56 años (M=34, SD=9) .

Métodos de recolección de datos

Encuesta. Esta encuesta fue diseñada para el presente estudio y cubrió cuestiones demográficas básicas, condiciones de trabajo actual (p. ej. provisión de supervisión, población de clientes, aproximación utilizada, frecuencia y duración de las sesiones), educación y entrenamiento (prácticas, cursos de psicología clínica durante y después del pregrado) y necesidades de entrenamiento percibidas. La mayoría de las preguntas fueron cerradas (n=28), con un pequeño número de preguntas de respuesta abierta (n=8) acerca de las aproximaciones y técnicas utilizadas y las necesidades percibidas de entrenamiento, para evitar respuestas sesgadas.

Cuestionario de habilidades clínicas. Este instrumento fue diseñado para el presente estudio y consistió en 15 viñetas clínicas breves diseñadas para probar el conocimiento de las técnicas clínicas de los encuestados. Una lista de habilidades potenciales fue elaborada para consultar los conocimientos de las estructuras y los cuestionarios de los terapeutas para ambos, las habilidades de la terapia en general y las habilidades específicas de la terapia cognitiva conductual (TCC). El equipo de investigación se reunió para discutir estas habilidades y concluyeron que 5 eran las habilidades más comunes para los terapeutas que trabajan en el contexto colombiano.

La instrucción para cada ítem fue: “¿Qué harías en esta situación? ¿Usarías una técnica particular? A los entrevistados se les recordó que las respuestas eran anónimas y que no serían utilizadas para determinar el criterio de entrenamiento. En el cuestionario final, cinco preguntas implicaron que los clientes reportaran los síntomas de los trastornos emocionales para los cuales el Protocolo Unificado se había diseñado: (1) ataques de pánico recientes (2) rumiación acerca de acciones pasadas (3) sufrimiento incontrolable (4) hiperactivación y reexperimentación después de un trauma y (5) manejo de riesgo - ideación suicida.

Procedimiento

Los sitios de investigación fueron seleccionados a través de la asesoría con el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC). Se identificaron tres ciudades (Florencia, Arauca y Sincelejo) las cuales tenían grandes diferencias en tratamientos de salud mental.

Ciudades medianas con poblaciones de aproximadamente 300.000 personas fueron seleccionadas ya que estas tienden a tener múltiples psicólogos ejerciendo (lo que significa que entrenamiento futuro podría ser implementado en un grupo para mayor alcance). Sin embargo, los psicólogos de estas regiones raramente tienen un posgrado en psicología clínica, a diferencia de ciudades más grandes.

Los psicólogos fueron invitados a participar mediante los representantes regionales del COLPSIC a través de publicidad en redes sociales, listados de correo electrónico y por muestreo de “bola de nieve”. Las sesiones en persona fueron dirigidas y brindaron información acerca de la teoría y la efectividad de la TCC transdiagnóstica. Se les explicó que la intención del equipo de investigación era ofrecerles un curso de entrenamiento futuro en la TCC transdiagnóstica. Seguido de esto, se invitó a los participantes a completar una encuesta que preguntaba acerca de su formación, experiencia y condiciones laborales actuales. También, se les invitó a completar un cuestionario de habilidades clínicas que fue diseñado para este estudio. Todos los participantes que atendieron las sesiones completaron la encuesta y el cuestionario.

Plan de análisis

Los datos recolectados se analizaron de manera cuantitativa, mediante estadística descriptiva y de forma cualitativa (análisis temático) mediante el programa NVIVO en 6 fases. La primera fase de este análisis consistió en *familiarizarme con los datos*, buscando patrones y significados en las respuestas de los psicólogos y tomando nota de ideas para codificar. La segunda fase consistió en *generar códigos iniciales*, codificando la mayor cantidad de temas potenciales,

identificando una particularidad en los datos que pareciera interesante para el análisis y dando igual atención a cada unidad de información. Esto se hizo a través del programa NVIVO. La tercera fase consistió en *buscar temas*, clasificando los diferentes códigos en potenciales temas principales, subtemas y temas varios (aquellos que no parecen pertenecer a ningún lugar). La cuarta fase consistió en *revisar los temas* en dos niveles. El primer nivel involucró leer los extractos compilados para cada tema y evaluar si formaban un patrón coherente. El segundo nivel se basó en valorar si el mapa temático reflejaba acertadamente los significados en el grupo de datos como un todo. La quinta fase consistió en *definir y nombrar los temas* de mi análisis. La última fase consistió en *producir el reporte* de manera concisa, coherente, lógica y no repetitiva (Braun y Clarke, 2006).

Consideraciones éticas

Principios éticos de la disciplina: se han propuesto una serie de principios que enmarcan la labor de todos los profesionales en psicología (American Psychological Association, 2016; Ley 1090, 2006), y en este sentido, también a la presente investigación. Así pues, a continuación, se mencionan los principios más destacados en este estudio, se explican brevemente y se pone en evidencia su uso.

Beneficencia y no maleficencia: el presente estudio involucró aplicar cuestionarios, una entrevista a los terapeutas y pedirles las grabaciones en audio de sus sesiones. Esto no involucró ningún efecto negativo o dañino para los terapeutas.

Confidencialidad: la mayoría de los datos fueron recogidos con los terapeutas, pero al grabar las sesiones de terapia esto involucró que también estuviéramos recogiendo los datos de los consultantes. Debido a lo anterior, hubo dos consentimientos para este estudio: uno para los consultantes y otro para los terapeutas.

Luego de inscribirse, cada terapeuta y consultante recibió un código de identificación y se protegió la privacidad de la persona. Se explicó a los participantes que sus evaluaciones se

registrarían de forma anónima y que los datos harían parte de un estudio científico en el cual su identidad siempre estaría protegida.

Las grabaciones de las sesiones se están encriptando con el programa AxCrypt por los terapeutas antes de ser enviados por correo electrónico al equipo de investigación en la Universidad de los Andes. Las grabaciones se transcriben dentro de 1 mes para proteger la identidad del paciente y posteriormente se borran o se destruyen.

Nivel de riesgo: De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 expedida por el Ministerio de Salud, el presente estudio se categoriza como una investigación con *riesgo mínimo*, ya que solo involucra la evaluación de las intervenciones estándares que en este momento se están ofreciendo en el país y la evaluación del conocimiento en habilidades de los terapeutas.

Plan para minimizar los riesgos: para minimizar el riesgo de la pérdida de la confidencialidad, es decir, para evitar que la información suministrada por los participantes se conozca por personas ajenas al proyecto, se realizan tres tipos de medidas. Por un lado, la grabación de las sesiones se encripta mediante el programa AxCrypt y después de 1 mes se transcriben y se borran. Por otro lado, los datos de los participantes se guardan con un código específico durante las fases de procesamiento y análisis de datos para asegurar el anonimato. Finalmente, todos los datos y materiales recogidos en el estudio se mantienen archivados bajo llave en la oficina de Leonidas Castro, el investigador principal, en la Universidad de los Andes.

Límites del secreto profesional psicológico

Conflictos de intereses: los investigadores del estudio afirman no tener ningún conflicto de interés.

Manejo de información y propiedad intelectual: ya que los investigadores del presente estudio estuvieron vinculados al proyecto de investigación del cual se extraen los datos a

analizar, se comprometen a mantener la práctica de la confidencialidad en lo que respecta al manejo de datos, entendida como el compromiso según el cual solo tendrá acceso a la información del estudio anterior y del presente los investigadores involucrados. En términos generales, la titularidad de los derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan en el marco de este proyecto corresponde a la Universidad de los Andes. En concreto, los derechos morales pertenecer a los investigadores y los derechos patrimoniales a la institución mencionada anteriormente (Ley 23 de 1998, modificada por la Ley 1915 de 2018). En todas las publicaciones derivadas del estudio se reconocerán las instituciones participantes. Más aún, la utilización de estos productos se realizará en concordancia con los acuerdos vigentes.

Resultados

Encuesta.

Condiciones de trabajo actual

Los psicólogos que trabajaban en una IPS (21%), hospitales (4%), bienestar familiar (4%), independientes (7%), universidades (5%), fundaciones (7%), líneas de atención (5%), organismos (4%), en la gobernación (2%) y colegios (21%) estaban en posiciones clínicas en su último año de su pregrado, mientras que algunos no estaban trabajando (9%) o no especificaron en qué lugar (7%). De los psicólogos graduados, la mayoría reportaron trabajar tiempo completo (52%) y algunos tenían contratos permanentes (36%), aunque 57,14% tenían contratos temporales.

La mayoría de los encuestados trabajaban tanto con adultos como con niños/adolescentes (61,81%); 12,72% solo trabajaba con adultos, y 14,54% solo niños/adolescentes. Los problemas más comúnmente tratados fueron estado de ánimo bajo, depresión (74% trabajaron frecuentemente con esto, 19% ocasionalmente), ansiedad (63% trabajaron con esto, 35% ocasionalmente), uso/abuso de sustancias/alcohol (38% trabajaron frecuentemente con esto,

43% ocasionalmente), ideas/intentos suicidas (35% trabajaron frecuentemente con esto, 47% ocasionalmente), autolesión (25% trabajaron frecuentemente con esto, 61% ocasionalmente), ira/agresión (57% trabajaron frecuentemente con esto, 37% ocasionalmente) y efectos de trauma (28% trabajaron frecuentemente con esto, 46% ocasionalmente). Muchos de los encuestados (57%) estimaron que aproximadamente el 90% de sus clientes sabían leer y escribir (aquellos que afirmaron que la mitad o el 40% de sus pacientes no sabían leer ni escribir, trabajaban con niños, adolescentes y adultos).

Las aproximaciones más comunes utilizadas fueron Cognitivo Conductual (74%), Sistémico (13%), Humanista (8%), Biopsicosocial (3%) y Salud (3%), y las técnicas más comunmente reportadas fueron el diálogo socrático (5%), la consciencia plena (11%), la psicoeducación (13%), las técnicas de respiración (17%), la intervención en crisis, la desensibilización sistemática (17%) y la reestructuración cognitiva (21%).

De los psicólogos graduados, la mayoría ofreció atención a nivel grupal ocasional o frecuentemente (67%) , atención individual “siempre” o “más de medio tiempo” (60%), y visitas domiciliarias frecuentemente (21%), ocasionalmente (26%) o nunca (42%). La duración de las sesiones comprendió desde 15 hasta 90 minutos ($M=54.39$, $SD=17.88$) y el número de sesiones por cliente varió desde 1 hasta 20 sesiones ($M=8.54$ $SD=6.12$). La mayoría de los encuestados vieron clientes cada semana (67%) o cada quince días (20%) y algunos (9%) vieron clientes cada mes o cada seis meses (4%). Algunos psicólogos (93%) tenían un número máximo de sesiones que ellos podían ofrecer a los clientes (que van desde 1 hasta 30 sesiones). Aquellos que no lo hacían usualmente reportaron grandes listas de espera que necesitaban un límite en las sesiones, aunque esto no fue una regla institucional. La mayoría (83%) reportó que la inasistencia ocurría 20% o menos del tiempo, aunque algunos reportaron que la inasistencia ocurría 50% o más del tiempo.

De los psicólogos graduados, 3% reportaron no recibir supervisión y 97% recibieron supervisión desde 45 mins hasta 40 horas por semana. Usualmente este fue el grupo de supervisión (55%) y tendió a cubrir manejo en número de casos, planes de tratamiento y entrenamiento en habilidades. Los estudiantes recibieron un promedio de 12.48 horas por semana de supervisión.

Entrenamiento previo y habilidades de entrenamiento percibidas

La mayoría de encuestados (82%) completaron un pregrado presencial, mientras que 14% completaron un pregrado virtual y 4% un pregrado semipresencial. Solo el 26% había completado prácticas en Psicología Clínica de 8 a 12 meses, con una media de 21.77 horas por semana. Esto se presentó comúnmente en problemas del estado de ánimo, comportamiento y consumo de sustancias. De los 97% que recibieron supervisión, 74% completaron un entrenamiento en Psicología Clínica adicional o estudios después de Pregrado, por un promedio de 293,53 días por 4.75 horas cada día.

La mayoría de los encuestados manifestaron que agradecerían recibir entrenamiento en todas las áreas encuestadas: mejorar la relación terapéutica (88%), aprender técnicas para reducir los trastornos emocionales (83%), manejo de riesgo (74%), autocuidado del terapeuta (58%) e incrementar la asistencia a terapia (38%). En una pregunta de respuesta abierta con respecto a las necesidades de entrenamiento, los encuestados normalmente destacaron habilidades clínicas (15%), abuso sexual (15%) y técnicas de tercera generación (15%).

El entrenamiento virtual es cada vez más utilizado para complementar el aprendizaje. 96% de los encuestados reportaron tener acceso a un computador en el trabajo (22.74/semana) y 94% a un computador en casa, sugiriendo que entrenamiento virtual podría ser posible.

Cuestionario de habilidades clínicas.

En primer lugar, con respecto a los *ataques de pánico recientes*, los psicólogos contestaron que harían (1) desensibilización sistemática; (2) exposición; (3) *mindfulness*; (4) psicoeducación; (5) reestructuración cognitiva; y (6) regulación emocional. Así mismo, los psicólogos manifestaron que realizarían (7) intervención en crisis, en la cual aplicarían primeros auxilios psicológicos (PAP) tal como la contención emocional y (8) una entrevista en la cual le pedirían al paciente que describiera los ataques de pánico, explorarían los síntomas y las causas de estos. Además, los encuestados manifestaron que utilizarían (9) técnicas de respiración y (10) relajación, como la muscular progresiva de Jacobson. Finalmente, algunos reportaron que (11) intentarían tranquilizar al paciente y (12) lo remitirían al hospital.

En segundo lugar, en lo que se refiere a la *rumiación acerca de acciones pasadas*, los psicólogos contestaron que utilizarían (1) la terapia de aceptación y compromiso (ACT); (2) psicoeducación emocional; y (3) reestructuración cognitiva. De la misma manera, los psicólogos manifestaron que le pedirían al paciente que (4) se enfocara en el presente y (5) en los aspectos positivos de la situación que desencadenó la manera en la que se siente. Además, los encuestados afirmaron que identificarían (6) qué le generó esas emociones, los pensamientos, los sentimientos y los síntomas del paciente. Finalmente, los psicólogos manifestaron que (7) trabajarían sobre la culpa.

Por otro lado, en lo que se refiere al *sufrimiento incontrolable*, los psicólogos manifestaron que trabajarían en (1) el autoconcepto; (2) la autoestima del paciente; y (3) ofrecerían un pañuelo. Además, afirmaron que implementarían (3) escucha activa; (4) psicoeducación; (5) resiliencia; (6) validación emocional; e (7) intervención en crisis, en la cual aplicarían los PAP tal como la contención emocional. Por otro lado, los psicólogos afirmaron que explorarían (8) en qué situaciones no se sintió amado el paciente y qué causó que se sintiera

de esta manera. Finalmente, los encuestados argumentaron que permitirían (9) el llanto y la ventilación emocional.

Así mismo, en lo que se refiere al *manejo de riesgo – ideación suicida*, los psicólogos contestaron que (1) remitirían a la persona y algunos especificaron que lo harían a interconsulta con psiquiatría. También, los encuestados mencionaron que realizarían (2) reestructuración cognitiva; (3) psicoeducación; e (4) intervención en crisis, en la cual aplicar los PAP. Además, los psicólogos afirmaron que (5) trabajarían en el proyecto de vida de la persona; (6) evaluarían el riesgo de suicidio; (7) activarían rutas de atención y apoyo; e (8) identificarían los recursos positivos con los que cuenta el paciente y las causas que lo llevaron a pensar de esta manera.

Por último, ante la situación *hiperactivación y reexperiencia después de un trauma*, los psicólogos contestaron que aplicarían (1) la Terapia Cognitivo Conductual (2); reestructuración cognitiva; (3) exposición; (4) desensibilización sistemática. Además, los encuestados afirmaron que realizarían un (5) análisis funcional; (6) psicoeducación; y una intervención en el Trastorno de Estrés post Traumático (TEPT). También, los psicólogos afirmaron que implementarían técnicas de (8) respiración; (9)relajación; y (10) manejo de ansiedad.

Discusión

Con respecto al cuestionario de habilidades clínicas, se encontró que para la situación clínica *ataques de pánico recientes*, los psicólogos utilizarían psicoeducación acerca de los síntomas de ataques de pánico; identificarían los desencadenantes de los ataques; realizarían reestructuración cognitiva de los pensamientos catastróficos acerca de los ataques o estímulos temidos; intervención en crisis; exposición a sensaciones interoceptivas o situaciones que causen pánico; y relajación muscular progresiva. Estas estrategias también fueron identificadas como apropiadas por el equipo de investigación. Por otro lado, en un metaanálisis realizado por Otto y Denvey (2005) se evidenció que la terapia cognitivo conductual (TCC), es decir modificar ideas disfuncionales relacionadas con síntomas de pánico y exponer al paciente a

ejercicios in vivo (p.ej. ir a lugares conglomerados o manejar en tráfico) y a exposiciones interoceptivas (p. ej. sensaciones corporales), son estrategias efectivas para el trastorno de pánico. Además, en el metanálisis se evidenció que este tratamiento ofrece un inicio rápido de acción y mantiene sus beneficios a largo plazo. Sin embargo, los psicólogos también mencionaron que realizarían desensibilización sistemática; *mindfulness*; regulación emocional; remitirían al hospital; intentarían tranquilizar al paciente; explorarían sus síntomas; y le pedirían que describiera el ataque. Con respecto a estas últimas estrategias, no existen muchos estudios que afirmen que son realmente efectivas. Además, en este punto también es importante mencionar que los psicólogos no mencionaron estrategias que también pueden resultar efectivas para los ataques de pánico recientes, tales como la respiración diafragmática, las técnicas de distracción y los pensamientos útiles tranquilizadores.

En segundo lugar, en lo que se refiere a la situación clínica *rumiación acerca de acciones pasadas*, los psicólogos afirmaron que identificarían desencadenantes, pensamientos y síntomas; realizarían ACT, reestructuración cognitiva y psicoeducación acerca de la rumiación que mantiene el bajo estado de ánimo. Esta estrategia, también fue identificada por el equipo de investigación. No obstante, los psicólogos también mencionaron que trabajarían sobre la culpa y le dirían al paciente que se enfocara en los aspectos positivos. Actualmente, no existe gran evidencia que respalde que las anteriores estrategias resultan útiles para la rumiación acerca de acciones pasadas. Además, los psicólogos dejaron de lado estrategias efectivas para la presente situación clínica tales como el entrenamiento en defusión cognitiva y atención plena. Con respecto a esta última, se ha evidenciado que la terapia cognitiva basada en la atención plena le permite a los consultantes desarrollar respuestas alternativas a los pensamientos y sentimientos negativos y, en este sentido, abandonar los patrones habituales de rumiación (Watkins y Roberts, 2020).

Por otro lado, en relación con el *sufrimiento incontrolable*, los psicólogos manifestaron que identificarían el objeto/persona/lugar y pensamiento que causa el sufrimiento y que utilizarían la escucha activa y la validación. Estas estrategias también fueron identificadas como apropiadas por el equipo de investigación. Además, respecto a la última estrategia, Russ Harris (2019) también argumenta que se debe normalizar y validar el llanto. En otras palabras, hacer saber al cliente explícitamente que está bien llorar y que no es necesario contener las lágrimas. Sin embargo, los psicólogos también afirmaron que utilizarían estrategias que no son respaldadas por muchos estudios, tales como trabajar en el autoconcepto del paciente, la autoestima y la resiliencia, y realizar intervención en crisis. Así mismo, los psicólogos dejaron de lado estrategias que son efectivas para esta situación clínica tales como trabajar en tolerar el sufrimiento y educar en la triada cognitiva.

Así mismo, en cuanto al *manejo de riesgo - ideación suicida*, los psicólogos contestaron que identificarían qué causa los pensamientos suicidas, utilizarían la reestructuración cognitiva, realizarían intervención en crisis, evaluarían el riesgo de suicidio y activarían rutas de atención y apoyo. Las anteriores estrategias también fueron identificadas por el equipo de investigación como adecuadas. No obstante, los psicólogos también contestaron que utilizarían estrategias que no tienen respaldo de muchos estudios para esta situación clínica, tales como realizar psicoeducación, trabajar sobre el proyecto de vida, remitir e identificar los recursos positivos con los que cuenta el paciente. Además, los psicólogos dejaron de lado estrategias que también resultan efectivas, tales como validar los sentimientos del paciente, usar un acuerdo cognitivo y un plan de seguridad. Con respecto a la última estrategia, Diefenbach et al. (2020) realizaron un estudio en el cual aplicaron la Terapia Cognitiva Conductual breve a pacientes con ideación suicida. En la tercera sesión, el terapeuta desarrollaba un plan de seguridad con el paciente para restringir medios (p.ej., armas y medicamentos). Durante el seguimiento ninguno de los

participantes reportó intentos de suicidio y los tamaños de muestra del pre tratamiento al post tratamiento demostraron mejoría en la ideación suicida ($d = 0.97$).

Finalmente, respecto a la situación clínica *hiperactivación y reexperiencia después de un trauma*, los psicólogos afirmaron que recrearían la experiencia traumática a través de desensibilización sistemática y exposición. Esta estrategia fue identificada por el equipo de investigación como apropiada y está en línea con la revisión empírica hecha por Blankenship (2017), en la cual afirma que la terapia de exposición demuestra un gran tamaño de efecto del tratamiento (Hedges's $g=1.08$) en una serie de ensayos controlados aleatorios comparados con una lista de grupo control. Además, no causa una exacerbación de los síntomas a largo plazo y es reconocida como la terapia más soportada empíricamente para el tratamiento de Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT). Sin embargo, los psicólogos también afirmaron que utilizarían estrategias que no están basadas en evidencia, tales como aplicar técnicas de respiración, relajación y manejo de ansiedad, y realizar un análisis funcional. Además, algunos psicólogos ofrecieron respuestas generales tales como realizar intervención en el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) y aplicar la Terapia Cognitivo Conductual (TCC).

Con respecto a la evidencia en trastornos como la depresión y la ansiedad, una revisión sistemática y metaanálisis, en la que se incluyeron 25 estudios, menciona que hay un rango de literatura coherente al informar que cuidadores informales de pacientes con demencia experimentan mayores niveles de morbilidades psicológicas específicas que los cuidadores de los pacientes con otras enfermedades crónicas. Los estudios mencionados anteriormente fueron conducidos en España ($n=9$), Estados Unidos ($n=9$), Inglaterra ($n=2$), Alemania ($n=2$), Canadá ($n=1$), Brasil ($n=1$) e Italia ($n=1$). Estas morbilidades psicológicas incluyen trastornos como la depresión y la ansiedad. Evidencia previa ha demostrado la efectividad de la TCC en tratar estos trastornos en diferentes poblaciones de pacientes (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012; Hofmann & Smits, 2008; Olatunji,

Cisler, & Deacon, 2010; Otte, 2011; Stewart & Chambless, 2009). Con respecto a los resultados, se evidencia que la depresión se redujo significativamente después de la TCC (diferencia de media estandarizada [DME]= -0.34; 95% intervalo de confianza [IC] -0.47 a -0.21; $p < 0.001$), mientras que la ansiedad no (DME= 0.10; 95% IC: -0.18 a 0.39; $p = .47$). Un análisis de un subgrupo adicional reveló que la terapia podría mejorar limitándola a 8 sesiones. Referir pacientes para menos sesiones de TCC resultaría en menos costos para el Servicio Nacional de Salud e incrementaría la velocidad y accesibilidad del servicio de provisión sin comprometer la calidad del cuidado. Con respecto al seguimiento a corto plazo, se demostró una reducción posterior en la depresión en el grupo de TCC a los 3 meses de haber terminado la intervención ($n=3$; DME= -0.99; 95% IC: -1.35 a -0.64; $p < .001$) (Hopkinson, Reavell, Lane y Mallikarjun, 2017).

Así mismo, en otra revisión sistemática y metaanálisis se evaluaron las intervenciones de la TCC transdiagnóstica computarizada para examinar sus efectos en la ansiedad y la depresión. En esta revisión se incluyeron 17 ensayos controlados aleatorizados (ECA) con 2290 pacientes en Suiza, Alemania, Austria, Suecia, Canadá, Australia e Inglaterra. Para explorar si el número de módulos hacían una diferencia, se codificó cada estudio en menos de 6 módulos y en 6 o más módulos. No hubo diferencias significativas en el tamaño del efecto para la ansiedad (corta: $n=4$, $g=1.08$, 95% IC: .49-1.66; larga: $n=10$, $g=.67$, 95% IC: .49-.85) ($Q^*_{bet} = 1.71$, $df=1$, $p=.19$) ni para la depresión (corta: $n=4$, $g=1.17$, 95% IC: .53-1.71; larga: $n=9$, $g=.74$, 95% IC: .61=.87) ($Q^*_{bet} = 1.49$, $df=1$, $p=.22$). En otras palabras, la duración del tratamiento no influenció los resultados (Newby, Twomey, Yuan Li y Andrews, 2016).

Además, se realizó un proyecto de TCC de baja intensidad el cual fue presentado a 47 personas que pertenecían a una organización de salud comunitaria en Ontario, Canadá. Esta terapia fue dirigida a trastornos no psicóticos después de un corto periodo de entrenamiento, bajo una supervisión continua y dentro de 6 a 10 sesiones. Con respecto a los resultados, se

encontraron diferencias significativas después del tratamiento al medir la depresión ($P=0.000$) y la ansiedad ($P=0.000$). Además, ninguno de los participantes regresó con una recaída durante el periodo de estudio, sino que por el contrario incrementaron sus días de trabajo. Por otro lado, se estimó que un aporte de 1\$ Dólar canadiense (CAD) regresaría más de 3\$ CAD al año a la economía nacional. En este sentido, se sugiere que es posible proveer la TCC de baja intensidad agregando recursos al sistema de salud existente. Dicho programa no solo cubriría sus costos, sino que además contribuiría a la economía nacional (Naeem, Pikard, Rao, Ayub y Munshi, 2017).

Finalmente, en un metaanálisis y meta regresión se evaluó la efectividad de la TCC breve administrada dentro de la atención primaria en trastornos mixtos, de ansiedad y depresión. “Breve” fue operacionalizado como más de 2 y menos de 10 sesiones. En este metaanálisis fueron incluidos treinta y cuatro estudios, en los que participaron 3962 pacientes. De los 34 estudios, 22 se realizaron en Inglaterra, 5 en Estados Unidos, 2 en Holanda, 2 en Australia, 1 en Suecia y 1 en Taiwán. Por otro lado, se realizó 12 semanas de seguimiento en la TCC para la ansiedad y 16 semanas en la TCC para la depresión. Con respecto a los resultados, hubo una efectividad diferencial en los estudios de la TCC para trastornos de ansiedad, teniendo un efecto de tamaño combinado [$d -1.06$, 95% intervalo de confianza (IC) -1.31 a -0.80] mayor que los estudios de la TCC para depresión ($d -0.33$, 95% IC -0.60 a -0.06) o estudios de la TCC para ansiedad y depresión combinada ($d -0.26$, 95% IC -0.44 a -0.08). En otras palabras, La TCC breve para la ansiedad tuvo un mejor impacto en los resultados clínicos que la TCC para la depresión o para los grupos mixtos de pacientes con problemas mentales comunes. De la misma manera, la TCC breve para los trastornos de ansiedad fue comparable en efectividad a los tratamientos de larga duración (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010)

Por otro lado, con respecto a la evidencia en el trastorno de pánico, se realizó una revisión narrativa de algunos estudios que examinan la eficacia del tratamiento de la TCC para el trastorno de pánico. El trastorno de pánico se asocia con deterioro en las relaciones, la resolución de conflictos, el cuidado y la productividad del trabajo. Así mismo, se asocia con altas tasas de costo en la atención médica. Así pues, el protocolo de 12 sesiones se redujo a una intervención ultra breve de 5 sesiones. Con respecto a la población, se reclutaron 30 pacientes de tres centros de investigación académica, de los cuales 28 completaron el tratamiento. Dichos pacientes presentaban trastorno de pánico con o sin agorafobia, todos con una impresión clínica global – intensidad de puntuación de 4 a 6 (moderadamente enfermo a severamente enfermo). Con respecto a los resultados, se evidenció que la TCC para el trastorno de pánico se asocia con una mejoría clínica significativa de los síntomas reflejando grandes tamaños de efecto, comparables con aquellos observados por los protocolos estándar. Con respecto al seguimiento, se realizó una evaluación al mes después de haber completado el tratamiento, donde se evidenció cambios clínicos significativos. En un estudio similar, Clark et al. presentaron evidencia con respecto a la eficacia de la TCC breve para el trastorno de pánico, con 5 sesiones semanales seguidas de dos refuerzos durante los siguientes 3 meses. Esta TCC breve resultó ser equivalente a un programa de tratamiento más extenso (12 sesiones semanales seguidas de 2 sesiones de refuerzo) y superior a los 3 meses de la condición de espera. Los beneficios del tratamiento se mantuvieron después de 12 meses de haberlo finalizado. Otro programa de TCC breve (4 sesiones) fue evaluado por Craske et al. y también demostró utilidad, con ningún abandono del tratamiento. Así mismo, Deacon y Abramowitz realizaron dos días de intervención los cuales consistían en 9 horas de sesión presencial con un terapeuta. Después de un mes de seguimiento, 60% de los pacientes evidenciaron pocos niveles de ansiedad y síntomas de pánico. Además, los pacientes demostraron una mejoría significativa en la Escala de Gravedad del Pánico (EGP) ($t_{35} = -12.17$, $P.0001$), reflejando un tamaño de

efecto muy alto ($d=2.03$). Diferencias significativas similares fueron evidentes en los cambios con respecto al miedo a tener sensaciones de ansiedad, lo cual fue evaluado por el índice de Sensibilidad a la Ansiedad ($t_{35} 5.60, P<.0001$), reflejando una disminución de 12 puntos (de una media de 35.6 antes del tratamiento a una de 23.7 después del tratamiento). Después del tratamiento, las tasas de remisión de Impresión Clínica Global (ICG) fueron en general 28%. Estos logros se mantuvieron y se extendieron con 47% de los pacientes al mes de hacerles seguimiento (Otto et al., 2012). En resumen, se puede concluir que es posible reducir el número de sesiones de la TCC sin que se vea comprometida su efectividad. Específicamente, la intervención para el trastorno de depresión se puede reducir a 8 sesiones, para el trastorno de ansiedad a 6 sesiones y para el trastorno de pánico a 5 sesiones.

Limitaciones

Las viñetas de competencias clínicas identificaron si los psicólogos eran conscientes de cuáles estrategias deberían recomendarse para una sesión particular, pero uno podría saber *qué* hacer sin saber *cómo* hacerlo competentemente. Esto es particularmente relevante para técnicas más desafiantes, p.ej. revivir un trauma. Adicionalmente, la deseabilidad social podría haber impactado sus resultados (p. ej. los encuestados podrían haber respondido no juzgar la infidelidad, a pesar de que la juzguen en la práctica).

Implicaciones clínicas

A través de los hallazgos de este estudio, recomendamos que los programas de psicología incluyan más entrenamiento en las habilidades identificadas por el equipo de investigación y demostradas como efectivas en la literatura, las cuales resultan necesarias para manejar situaciones clínicas como (1) ataques de pánico recientes, (2) rumiación acerca de acciones pasadas, (3) sufrimiento incontrolable, (4) hiperactivación y reexperimentación después de un trauma y (5) manejo de riesgo - ideación suicida. Así mismo, es recomendable que los psicólogos realicen más estudios después del pregrado y que los investigadores busquen

maneras de ofrecer entrenamientos sobre estas habilidades a bajo costo. Estos hallazgos están en línea con la revisión realizada por Singla et al. (2017), en la cual se argumenta que el entrenamiento en habilidades contribuye a los resultados del paciente, por lo cual las competencias que los terapeutas ofrecen, deben enfatizarse como una base para suministrar tratamiento psicológico. Así mismo, la revisión menciona que las estrategias para abordar las barreras, que se dan al difundir tratamiento psicológico suministrado por proveedores no especializados, necesitan ser evaluadas – por ejemplo, revisando plataformas digitales para implementar el tratamiento, y para entrenar y supervisar a los proveedores no especializados.

Referencias

- Anthony D. Roth, & Stephen Pilling. (2008). Using an Evidence-Based Methodology to Identify the Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for Depression and Anxiety Disorders. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 129–147. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004141>
- Aranguren-Romero, J. P., & Rubio-Castro, N. (2018). Formación en herramientas terapéuticas a sobrevivientes del conflicto armado en el pacífico colombiano: reflexividad y cuidado de sí. *Revista De Estudios Sociales*, 66(66), 18–29. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.03>
- Blankenship, D. M. (2017). Five Efficacious Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Review. *Journal of Mental Health Counseling*, 39(4), 275–288. <https://doi.org/10.17744/mehc.39.4.01>
- Bonilla-Escobar, F. J., Fandiño-Losada A, Martínez-Buitrago DM, Santaella-Tenorio, J., Tobón-García D, Muñoz-Morales EJ, ... Bolton, P. (2018). A randomized controlled trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral intervention for afro-descendants' survivors of systemic violence in colombia. *Plos One*, 13(12), 0208483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208483>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *Bmc Medicine*, 8(1), 38-38. doi:10.1186/1741-7015-8-38
- Congreso de la República. Ley 1090 de 2006 (6 de septiembre), por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Diario oficial* n°46.383

- Diefenbach, G. J., Rudd, M. D., Merling, L. F., Davies, C., Katz, B. W., & Tolin, D. F. (2020). Brief cognitive-behavioral therapy for suicidal inpatients. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.1016/j.cbpra.2020.09.010>
- Harris, R. (2019). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy* (Second Edition). New Harbinger Publications.
- Hazlett-Stevens, H. y Craske, M. G. (2002). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations. En F.W Bond y W. Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 1-20). doi:10.1002/9780470713020
- Hopkinson, M., Reavell, J., Lane, D., & Mallikarjun, P. (2017). Cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in caregivers of dementia patients: A systematic review and metanalysis. *The Gerontologist*, 59(4), 362. doi:10.1093/geront/gnx217
- Ministerio de Educación de Colombia. Resolución 3461 de 2003 (Diciembre 30), por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Psicología.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Salud mental. En *Encuesta Nacional de Salud Mental* (pp. 62-122). Recuperado de:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/COO31102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Naeem, F., Pikard, J., Rao, S., Ayub, M., & Munshi, T. (2017). Is it possible to provide low-intensity cognitive behavioral treatment (CBT Lite) in Canada without additional costs

- to the health system? First-year evaluation of a pilot CBT Lite program. *International Journal of Mental Health*, 46(4), 253–268.
<https://doi.org/10.1080/00207411.2017.134503>
- Newby, J., Twomey, C., Yuan Li, S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 199, 30-41.
 doi:10.1016/j.jad.2016.03.018
- Otto MW, Deveney C (205). Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: Efficacy and strategies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (Suppl4), 28-32.
- Otto, M., Tolin, D., Nations, K., Utschig, A., Rothbaum, B., Hofmann, S., & Smits, J. (2012). Five sessions and counting: Considering ultra-brief treatment for panic disorder. *Depression and Anxiety*, 29(6), 465-70. doi:10.1002/da.21910
- Rathod, S., Pinninti, N., Irfan, M., Gorczynski, P., Rathod, P., Gega, L., & Naeem, F. (2017). Mental health service provision in low- and middle-income countries. *Health Services Insights*, 10, 117863291769435–117863291769435.
<https://doi.org/10.1177/1178632917694350>
- Raviola, G., Naslund, J. A., Smith, S. L., & Patel, V. (2019). Innovative models in mental health delivery systems: task sharing care with non-specialist providers to close the mental health treatment gap. *Current Psychiatry Reports*, 21(6), 1–13.
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1028-x>
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 149

Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127. <https://doi-org.ezproxy.uniandes.edu.co:8443/10.1016/j.brat.2020.103573>

Wills, S. (11 de Septiembre de 2017). Sólo un psicólogo por cada 1.400 soldados. *El Espectador*. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/solo-un-psicologo-por-cada-1400-soldados-articulo-855774>

ANEXOS

Anexo 1: Aprobación del Comité de Ética de la Universidad de los Andes



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN
Acta 313 de 2014

El COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN de la Universidad de Los Andes, certifica mediante la presente acta del 6 de Junio de 2014, que se revisó la propuesta denominada: "Efectos de un Protocolo Unificado para efectos emocionales en víctimas del conflicto armado en Colombia: Un ensayo clínico aleatorizado", cuyo investigador principal es Leonidas Castro, Profesor Asociado del Departamento Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Los Andes.

Concepto

El COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN de la Universidad de Los Andes aprueba el proyecto. El proyecto cumple con todas las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud establecidas en la Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud; para efectos de reglamentación según el artículo 11 de la resolución antes citada este proyecto se clasifica como:

La investigación se considera **CON RIESGO MAYOR AL MÍNIMO**.

Se expide esta certificación el 6 de Junio de 2014.

Cordialmente,

JUAN CARLOS BRICEÑO
Presidente (E) del Comité

Nota: Los proyectos evaluados para las convocatorias de COLCIENCIAS deben volver a presentarse al comité de ética una vez sean aprobados.

Anexo 2: Entrevista semiestructurada para terapeutas

Cuestionario para terapeutas

Edad (años):

Sexo:

¿Dónde trabaja en este momento? _____

Tipo de contratación:

a) Tiempo completo Tiempo parcial

b) Permanente Temporal

¿Usted recibe supervisión actualmente? Si No

¿Con que frecuencia? _____ ¿Duración? _____

¿Es individual o grupal? _____

Por favor indique todos los temas que su supervisión suele abordar:

- Manejo de número de casos
- Plan de tratamiento para consultantes (ej. cuáles técnicas aplicar)
- Entrenamiento en habilidades /consejos sobre cómo realizar la terapia
- Otro:

¿Con qué frecuencia ofrece el siguiente tipo de intervención?

	Siempre	Más que la mitad de mis consultas	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
Atención individual					
Atención grupal					
visitas a domicilio					

¿Qué enfoque o enfoques utiliza?

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que usa?

¿Con qué frecuencia atiende consultantes con los siguientes problemas?

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
Bajo estado de ánimo/ depresión			
Problemas asociados a ansiedad (ej.: preocupación, evitación de situaciones, ataques de pánico)			
Uso y abuso de sustancias o alcohol			
Ideación suicida o intentos suicidios			
Autolesión			

Ira o agresión			
Efectos de trauma (Pesadillas, recuerdos recurrentes de un trauma específico)			
Alucinaciones (visuales o auditivas)			
Otro (por favor describa aquí):			

¿Aproximadamente qué porcentaje de sus consultantes son analfabetas (no saben leer)?

0-10% 20% 30% 40% 50 o más %

¿Típicamente cuántas sesiones ofreces a un paciente? _____ (mínimo) hasta _____(máximo)

¿Típicamente cuánto tiempo dura una sesión? _____

¿Típicamente cada cuánto ve a un paciente? Cada semana cada dos semanas cada mes Otro (especificar _____)

¿Hay un reglamento acerca del máximo número de sesiones que puede ofrecer a un paciente?

Donde trabaja ¿qué tan frecuente hay falta de asistencia? más del 50% del tiempo

30 -50% del tiempo 10-20% del tiempo 0-5% del tiempo

Donde trabaja ¿hay un reglamento acerca de la asistencia mínima que un paciente debe cumplir?

Mi pregrado en psicología era:

Presencial A distancia (virtual)

Si hizo práctica(s) durante el pregrado, por favor llene la siguiente tabla:

¿Era clínica?	Si es clínica: describa el tipo de pacientes atendidos	Si es clínica: describa el enfoque	Duración (meses)	Intensidad (horas por semana)	¿Recibió supervisión?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Tomó cursos en psicoterapia DURANTE EL PREGRADO?

Nombre del curso	Duración (número de horas/días total)

Por favor escriba aquí si usted ha recibido otra formación clínica o en terapia *además de su pregrado*:

Nombre del curso	Duración (cuantos días)	Intensidad (horas por día)	¿Hubo un componente práctico? (Por favor especificar)

Si tuviera la oportunidad de recibir un entrenamiento gratuito para mejorar sus habilidades clínicas ¿Sobre cuáles temas o habilidades le gustaría que fuera?

- Manejo de riesgo (ej. consultantes con riesgo de suicidio, violencia, negligencia de niños, autolesión)
- Aprender técnicas para reducir la depresión, ansiedad y otros problemas emocionales en mis consultantes
- Motivar el consultante para que siga asistiendo a la terapia
- Autocuidado (como manejar mi propio estrés o preocupaciones)
- Relación terapéutica

Por favor escriba más detalles aquí:

¿Hubo algún entrenamiento que recibiera que le haya resultado útil? ¿En qué consistió?

¿Tiene acceso a un computador en casa? (para realizar un entrenamiento en línea)
 Si No

¿Tiene acceso a un computador en trabajo? Si No ¿Por cuántas horas a la semana? ____

Anexo 3: Medida de situaciones clínicas para terapeutas

Instrucción: A continuación, están escritas unas situaciones que podrían pasar durante una consulta. Por favor responda las siguientes dos preguntas para cada punto: ¿Qué haría en esta situación? ¿Usaría alguna herramienta clínica?

Este cuestionario es completamente anónimo. No hay respuestas correctas. Sus respuestas NO serán consideradas en la selección de candidatos para el entrenamiento, pero serán utilizadas para diseñar un entrenamiento adaptado a las necesidades y fortalezas de los psicólogos en su región.

1. Una persona le dice que está teniendo ataques de pánico

2. Una persona reporta que se aísla de las otras personas, se queda en la cama todo el día sin energía y no disfruta las cosas que hace.

3. Un consultante cuenta que desde que fue herido en un tiroteo por dos hombres en moto, reacciona con miedo al sonido de las motos y tiene pesadillas del evento que no lo dejan dormir bien.

4. Una persona le dice que ha pensado que es mejor no seguir viviendo

5. Una persona le dice que tiene planeada su forma de morir y que se acerca su día

Anexo 4: Escala de competencias para terapeutas

La siguiente escala será utilizada para calificar las grabaciones de los terapeutas en fase 1.

¿Qué tanto pudo el terapeuta (...)?

No satisfactorio	Parcialmente satisfactorio	Totalmente satisfactorio
0	1	2

1. Trabajar con diferencias culturales, religiosas, género y orientación sexual.
2. Colaboración - El terapeuta garantiza que el consultante se involucre activamente en la terapia y trabajen como un equipo.
3. Conducta no verbal: Apropiaada para el contexto y congruente con las características del consultante.
4. Apropiado uso de autorrevelaciones: Se centra en las necesidades del consultante
5. Escucha activa y empatía (preguntas abiertas, resúmenes, clarificación)
6. Responder al contenido emocional: El terapeuta facilita el manejo de las emociones del consultante (identificación, expresión, etc.)
7. Desarrollar y establecer una alianza terapéutica – El terapeuta muestra sensibilidad, comprensión y aceptación de la experiencia del consultante y la transmite a través de su interacción con este.
8. Estructura y ritmo de la sesión.
9. Comunicar esperanza de cambio en el consultante.

Anexo 5: Consentimiento informado para los Terapeutas**CONSENTIMIENTO INFORMADO***Instrucciones*

Este documento de Consentimiento Informado le proporcionará la información necesaria para ayudarlo a decidir si desea participar en este estudio. Si tiene alguna pregunta o desea información adicional no dude en pedirla al equipo del estudio, mencionados al final de este documento. Usted recibirá una copia de este formato de consentimiento informado. Esta investigación se considera con riesgo mínimo según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Título del programa

Diseño de un programa de entrenamiento avanzado en terapia para trastornos emocionales.

Objetivo del estudio

Evaluar las habilidades del psicólogo en relación con el consultante y su conocimiento sobre intervenciones cognitivo-conductuales en diferentes zonas de Colombia, para guiar el diseño de un programa de entrenamiento para terapeutas en Colombia.

Beneficios del estudio

1. Ayudar en el diseño de un entrenamiento que busca diseminar un protocolo para desórdenes emocionales, cuyos beneficios han sido probados tanto nacional como internacionalmente y ha sido validada por la Universidad de los Andes y el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC). Así mismo, posteriormente, tendrá la oportunidad de recibir este entrenamiento, de manera gratuita.
2. Igualmente, recibirá retroalimentación directa sobre 2 sesiones de su terapia, entorno a sus fortalezas al momento de dar la terapia y posibles aspectos que podría mejorar.

Riesgos del estudio

Esta investigación se considera con riesgo mínimo, por tratarse de un estudio de evaluación que solo involucra el registro de datos a través de procedimientos comunes (grabaciones, cuestionarios y entrevistas).

Procedimiento de participación

1. Realizar una entrevista semiestructurada sobre su formación e intereses en entrenamiento (aproximadamente 10 minutos)
2. Dar respuesta a 10 casos de situaciones que podrían ocurrir en terapia, en donde deberá indicar cómo respondería en estas situaciones.
3. Grabar en audio 2 o 3 de sus sesiones terapéuticas, con consentimiento de sus consultantes, y enviarlas al grupo de investigación.
4. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y está en completa libertad de retirarse en el momento en el que lo desee.

Confidencialidad

Su nombre no se escribirá en las hojas de datos y su identidad estará completamente protegida. La información recogida en este proyecto es estrictamente confidencial y sólo se usará para fines investigativos. Sus datos serán guardados con un código específico, el cual será utilizado durante las fases de procesamiento y análisis de los datos para asegurar el anonimato. Las grabaciones de las sesiones estarán protegidas con tecnología de encriptación para proteger su identidad y la de sus pacientes, y serán destruidas una vez se haya realizado una transcripción de estas. Asimismo, todos los materiales y datos recogidos en el presente estudio se mantendrán archivados bajo llave en la oficina del investigador principal en la Universidad de los Andes y serán guardados por un máximo de 5 años.

Información adicional.

Si tiene preguntas sobre el estudio, o desea información adicional, puede comunicarse con el Investigador Principal, Dr. Leonidas Castro Camacho, Ph.D., en el Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes Tel. teléfono: 339 49 49 Extensión: 2594-2597, correo electrónico lecastro@uniandes.edu.co.

En caso de presentarse algún problema asociado a la investigación, usted también puede contactar al Comité de Ética de la Universidad de los Andes, Teléfono 339-4949, Ext. 3210 o al correo electrónico: comite-etica-investigaciones@uniandes.edu.co.

El firmar este documento significa que usted ha entendido la información pertinente al proyecto y que desea participar. Si decide no participar, simplemente devuelva el consentimiento a la persona encargada.

Si usted quiere recibir información sobre los resultados generales del estudio, por favor ponga su correo aquí: _____

Participante	Investigador Principal
Firma Identificación Fecha Hora	Firma Identificación Dirección Relación Leonidas Castro Camacho, Ph.D.
Primer testigo Firma Identificación Dirección Relación	Segundo testigo Firma Identificación Dirección Relación

Anexo 6: Consentimiento informado para los Consultantes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instrucciones

Este documento de Consentimiento Informado le proporcionará la información necesaria para ayudarle a decidir si desea participar en este estudio. Si tiene alguna pregunta o desea información adicional, no dude en pedirla al equipo del estudio, mencionados al final de este documento. Usted recibirá una copia de este formato de consentimiento informado. Esta investigación se considera con riesgo mínimo según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Título del programa

Diseño de un programa de entrenamiento avanzado en terapia para trastornos emocionales.

Objetivo del estudio

Evaluar las habilidades del psicólogo en relación con el consultante y su conocimiento sobre intervenciones cognitivo-conductuales en diferentes zonas de Colombia, para guiar el diseño de un programa de entrenamiento para terapeutas en Colombia.

Beneficios del estudio

Contribuir al mejoramiento de la atención psicológico en todo el país y ayudar en el diseño de un entrenamiento para terapeutas.

Riesgos del estudio

Esta investigación se considera con riesgo mínimo, por tratarse de un estudio de evaluación que solo involucra el registro de datos a través de procedimientos comunes (grabaciones de la terapia).

Condiciones de participación

1. Permitir a su terapeuta la grabación de una sesión de terapia. El objetivo de esto es evaluar las habilidades de su terapeuta, por lo cual, lo que usted cuente no será evaluado por el grupo de investigación.
2. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y está en completa libertad de retirarse en el momento en el que lo desee.

Confidencialidad

En ningún momento será posible conectar su identidad con la grabación de la sesión de terapia, para que su identidad esté completamente protegida. La información recogida en este proyecto es estrictamente confidencial y sólo se usará para fines investigativos. Sus datos serán guardados con un código específico, el cual será utilizado durante las fases de procesamiento y análisis de los datos para asegurar el anonimato. La grabación de la sesión estará protegida con tecnología de encriptación para proteger su identidad, y será destruida una vez se haya realizado una transcripción de esta. Asimismo, todos los materiales y datos recogidos en el presente estudio se mantendrán archivados bajo llave en la oficina del investigador principal en la Universidad de los Andes y serán guardados por un máximo de 5 años.

Información adicional.

Si tiene preguntas sobre el estudio, o desee información adicional, puede comunicarse con el Investigador Principal, Dr. Leonidas Castro Camacho, Ph.D., en el Departamento de Psicología de la Universidad de los Andes Tel. teléfono: 339 49 49 Extensión: 2594-2597, correo electrónico lecastro@uniandes.edu.co.

En caso de presentarse algún problema asociado a la investigación, usted también puede contactar al Comité de Ética de la Universidad de los Andes, Teléfono 339-4949, Ext. 3210 o al correo electrónico: comite-etica-investigaciones@uniandes.edu.co.

El firmar este documento significa que usted ha entendido la información pertinente al proyecto y que desea participar. Si decide no participar, simplemente devuelva el consentimiento a la persona encargada.

Si usted quiere recibir información sobre los resultados generales del estudio, por favor ponga su correo aquí: _____

Participante	Investigador Principal
Firma Identificación Fecha Hora	Firma Identificación Dirección Relación Leonidas Castro Camacho, Ph.D.
Primer testigo Firma Identificación Dirección Relación	Segundo testigo Firma Identificación Dirección Relación