



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Pre-proyecto de investigación

Valoración de los usuarios sobre los procesos  
psicoterapéuticos con evolución desfavorable en el  
Sistema Nacional Integrado de Salud

Estudiante: Patricio Álvaro Costa Fernández

C. I.: 4.621.246-7

Docente Tutor: Prof. Tit. Dr. Jorge Chavez Bidart

Docente Revisor: Prof. Mag. Pablo Piquinela Averbug

## ÍNDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Fundamentación.....</b>	<b>3</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>5</b>
<b>Marco conceptual.....</b>	<b>9</b>
- Psicoterapia.....	9
- Efectos perjudiciales.....	10
<b>Problema de investigación.....</b>	<b>14</b>
<b>Preguntas de investigación.....</b>	<b>15</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>15</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>16</b>
- Muestra.....	16
- Procedimiento.....	16
- Instrumentos y herramientas.....	17
- Recolección de datos.....	17
- Análisis de datos.....	18
<b>Consideraciones éticas.....</b>	<b>19</b>
<b>Cronograma.....</b>	<b>20</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>20</b>

## **Resumen.**

El presente pre-proyecto de investigación tiene como objetivo conocer la valoración que los usuarios realizan sobre los procesos psicoterapéuticos con evolución desfavorable en las prestaciones brindadas dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) e identificar los factores asociados a dichas experiencias. La investigación se realizará en dos centros de salud en Montevideo, uno perteneciente a ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) y otro a una mutualista.

Se realizará un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, con metodología mixta de tipo explicativo secuencial. En una primera fase se aplicará mensualmente el cuestionario OQ-45.2 para identificar la proporción de usuarios que presentan deterioro clínico durante el proceso psicoterapéutico y caracterizar sus trayectorias de cambio. En una segunda fase se realizarán entrevistas semiestructuradas a los participantes que presenten evolución desfavorable con el fin de explorar sus valoraciones sobre su proceso psicoterapéutico y los factores que se asocian a dicha evolución.

Se espera que los resultados contribuyan a generar conocimiento sobre los procesos psicoterapéuticos con evolución desfavorable, identificando factores que puedan orientar mejoras en la atención psicoterapéutica dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

## **Fundamentación.**

Las prácticas psicoterapéuticas se caracterizan por su amplia diversidad, dentro de las cuales existen múltiples corrientes teóricas, técnicas de intervención y formas de ejercer el rol de terapeuta (Norcross y Goldfried, 2019). Dentro de las mismas se pueden encontrar enfoques de base empírica hasta otros de orientación más hermenéutica o espiritual (Corsini & Wedding, 2021). Diversos modelos de psicoterapia han sido investigados en profundidad y han demostrado de forma consistente su efectividad en el tratamiento de un amplio espectro de problemáticas, en diversas poblaciones y contextos clínicos (Bernardi, 2016; Wampold & Imel, 2015). Sin embargo, múltiples investigaciones también muestran que algunas intervenciones psicoterapéuticas han generado efectos perjudiciales en un número considerable de pacientes, con cifras que rondan entre el 5 % y el 15 % (Mohr, 1995; Berk y Parker, 2009; Crawford et al., 2016; Klatte et al, 2023). A pesar de que en los últimos años las investigaciones en esta área han aumentado, algunos expertos sostienen que la visibilización de los efectos negativos en el campo de la psicoterapia sigue siendo escasa (Dimidjian y Hollon, 2010; Linden, 2013; Parry, Crawford y Duggan, 2016). Respecto a esto último, Bernardi (2016) y Rozental (2016) sostienen que la mayoría de los ensayos clínicos se enfocan en el resultado promedio de pacientes que logran un cambio clínicamente significativo, dejando de lado el hecho que algunos pacientes también experimentan efectos negativos.

En la actualidad, las psicoterapias han aumentado tanto su demanda como su accesibilidad, siendo una herramienta fundamental en el tratamiento del sufrimiento psíquico y promoción del crecimiento personal, tanto en el ámbito público como privado (Corsini & Wedding, 2021; Norcross & Goldfried, 2019; Wampold & Imel, 2015). En Uruguay, la reforma del sistema de salud impulsada por la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud en el año 2007 implicó cambios sustanciales en los modelos de atención, gestión y financiamiento de los servicios sanitarios, incluidas las prestaciones psicoterapéuticas (Benelli, 2019; Ginés, Porciúncula y Arduino, 2005). Con el fin de adaptarse al nuevo modelo propuesto, se elabora el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (PIPSM) (2011), el cual se plantea como meta: “contar en todos los efectores integrales con un abanico de prestaciones en Salud Mental, accesibles a los usuarios del sistema” (Ministerio de Salud Pública, 2011, p3). El derecho de los ciudadanos al acceso a estas nuevas prestaciones quedó establecido en el año 2011 por el decreto No. 305/201, donde se dicta la incorporación progresiva de dichas prestaciones a los servicios de salud.

El SNIS, de acuerdo con lo pautado en el PIPSM (2011), posee actualmente tres modos diferentes de prestaciones psicoterapéuticas, diferenciando entre la atención a niños y adolescentes, y la atención a jóvenes y adultos. La niñez comprende a los menores de diez años, la adolescencia entre los diez y catorce años, desde los 15 hasta los 19 años la juventud y a partir de los 19 se consideran adultos. Los modos de atención para jóvenes y adultos son los siguientes:

- Modo 1: orientado a la promoción y prevención de la salud mental. Consiste en la participación en grupos abiertos coordinados por dos profesionales, con una duración de hasta 16 encuentros. Este servicio se desarrolla en el primer nivel de atención y está dirigido a poblaciones priorizadas específicas. Esta prestación no admite lista de espera y es de carácter gratuito.

- Modo 2: comprende la psicoterapia individual, de pareja, familiar o grupal. Tiene una extensión de hasta 48 sesiones. También está dirigida a poblaciones específicas y requiere una evaluación previa de un Comité de Recepción interdisciplinario. El acceso a este comité puede darse por iniciativa del propio usuario, derivación de los equipos de salud o a través de los coordinadores de los grupos del Modo 1. El usuario deberá ser recibido por el Comité de Recepción en un plazo menor a los 30 días de que se haya solicitado la prestación. Una vez realizada la indicación por el Comité de Recepción, la institución correspondiente cuenta con un plazo de 30 días para dar inicio a la prestación. Esta prestación tiene un copago preestablecido.

- Modo 3: Se enfoca en la rehabilitación, ofreciendo intervenciones individuales o grupales de hasta 48 sesiones al año. Este modo está dirigido a aquellos usuarios con Consumo Problemático de Sustancias y/o Trastornos Mentales Severos y Persistentes. Los plazos de espera en lo que respecta a la prestación del servicio son iguales a los del modo 2 (con excepción de los usuarios con uso problemático de sustancias, donde los tiempos de espera no podrán superar los 7 días) y también tiene un copago establecido

Respecto a las poblaciones destinatarias de cada uno de estos modos, el SNIS definió como prioritarias a aquellas personas consideradas en situación de mayor vulnerabilidad, así como también a los agentes multiplicadores de salud, como los docentes y el personal de la salud (Artola, 2020).

Considerando el panorama actual, investigar las experiencias de los usuarios que reportan un deterioro clínico durante procesos psicoterapéuticos en las prestaciones prestadas por el SNIS podría aportar información relevante sobre los factores asociados a la aparición y el reconocimiento de los efectos adversos en las prácticas psicoterapéuticas.

Esta investigación presenta ventajas tanto para los clínicos como para los usuarios; tal como sostiene Mohr (1995), lograr una mayor comprensión de los mecanismos implicados en la aparición de dichos efectos podría permitir mejorar la calidad de las técnicas terapéuticas y las intervenciones futuras, así como también favorecer la detección temprana de estas situaciones para poder abordarlas de manera rápida y eficaz.

### **Antecedentes.**

Para elaborar el estado del arte se realizó una búsqueda en bases de datos, repositorios y buscadores como Google Scholar, Colibrí, Scielo, Semantic Scholar y PubMed, utilizando palabras clave en español e inglés tales como “iatrogenia + psicoterapia” / “iatrogenesis + psychotherapy”, “efectos negativos + psicoterapia” / “negative effects + psychotherapy”, “mala praxis + psicoterapia” / “malpractice + psychotherapy”, “psicoterapia + Uruguay + evaluación”, “psicoterapia + Uruguay + calidad”, entre otras. Se priorizaron las investigaciones realizadas en los últimos diez años y se organizaron según la fuente de los datos empíricos. Primero se revisaron las investigaciones basadas en datos aportados por pacientes. En segundo lugar, aquellos estudios que se basan en datos recogidos de terapeutas. Por último, los estudios que analizaron datos tanto de terapeutas como de pacientes. El criterio de organización de los antecedentes responde a la necesidad de diferenciar e integrar distintas dimensiones de un mismo fenómeno con el fin de visibilizar los distintos aspectos que construyen el problema, así como también reconocer las distintas limitaciones de cada perspectiva y su implicancia en el abordaje metodológico de dicho problema.

### **Investigaciones basadas en datos aportados por pacientes.**

En el Reino Unido, Curran et al. (2019) utilizaron una metodología cualitativa de meta-síntesis para analizar sistemáticamente hallazgos de estudios previos y testimonios de pacientes. Se elaboró un modelo de factores de proceso que identificó una amplia gama de elementos interrelacionados que contribuyen a la aparición de efectos adversos, los cuales se organizaron en tres dimensiones. En la dimensión del terapeuta se incluyeron: actitudes rígidas o autoritarias, devaluación del paciente, patologización del malestar, conductas de invalidación, imposición de interpretaciones e insensibilidad frente al relato del consultante. En la dimensión del paciente se hallaron: estados emocionales intensos, experiencias previas negativas en salud mental y situaciones de vulnerabilidad social. Por último, en la dimensión contextual se identificaron: accesibilidad al tratamiento, condiciones políticas y validación cultural de la terapia, entre otros. Los efectos adversos identificados fueron: interrupción o complicación del proceso terapéutico y la aparición de emociones negativas

como culpa, vergüenza y odio. En línea con esto último, la investigación realizada por Lindgren y Rozental (2022) delimita con mayor claridad ciertos factores institucionales de los servicios de salud mental públicos que se relacionan con la aparición de dichos efectos. A partir del análisis temático de los datos obtenidos a través de quejas de mala praxis presentadas por pacientes, los resultados se organizaron en dos temas: administración e implementación del tratamiento y actitudes y comportamientos del terapeuta. Dentro del primer tema se identificaron: cancelaciones reiteradas, dificultades de accesibilidad y escasa participación del paciente en las decisiones respecto al tratamiento; dentro del segundo se identificaron: falta de empatía, confusión de roles y uso de intervenciones percibidas como poco genuinas o irrespetuosas. Pese a que la investigación no detalla los efectos adversos que pudieran derivarse de las prácticas denunciadas, su valor reside en mostrar la perspectiva del usuario respecto a aquello que entiende como perjudicial o inadecuado en un tratamiento, al igual que logra delimitar de forma precisa ciertas condiciones que la literatura reconoce como antecedentes frecuentes a la aparición de efectos adversos.

Desde un enfoque cuantitativo, Strauss et al. (2021) determinaron la prevalencia de efectos negativos y mala praxis en una muestra de 244 pacientes. Los pacientes completaron el instrumento *Negative Effects Questionnaire* (NEQ), los ítems del *Inventory of Negative Effects of Psychotherapy* que reflejan mala praxis, y el instrumento *Helping Alliance Questionnaire*. Entre las áreas con mayor deterioro se hallaron: bienestar físico (13,1 %), capacidad laboral (13,1 %), vitalidad (11,1 %), problemas sexuales (10,6 %) y autoestima (10,3 %). Los efectos negativos de mayor prevalencia fueron: reactivación de recuerdos dolorosos (57,8 %), aparición de emociones desagradables (30,3 %), problemas de sueño (36,9 %) y aumento de estrés (30,7 %). El estudio identificó la atribución de efectos adversos que, aunque fueron menos frecuentes, se relacionaron directamente con el tratamiento: dependencia al tratamiento (7,0%), vergüenza por cursar un proceso terapéutico (6,6 %) y desmotivación (10,7 %). En total, el 83,2 % de la muestra reportó haber experimentado algún tipo de efecto negativo y el 56,6 % lo atribuyó directamente al tratamiento. Dentro de los ítems de mala praxis, el 6,5 % manifestó que el terapeuta los obligó a hacer algo que no querían y el 5,7 % indicó haber sido víctima de burlas por parte de su terapeuta. En una línea similar, Moritz et al. (2018) se enfocan en una muestra de pacientes con diagnóstico de depresión, utilizando el cuestionario Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS) para clasificar y establecer la prevalencia de efectos negativos. Los resultados indicaron que el 52,6 % de la muestra reportó al menos una Reacción Emergente del Tratamiento (RET), el 38,5 % reportó al menos un Efecto Secundario (ES), el 26,7 % reportó al menos una Reacción por Mala Praxis (MP) y el 8,1 %

reportó al menos una Reacción por Conductas No Éticas (CNE). Por último, se encontró una correlación negativa entre los efectos positivos y los efectos adversos

### **Investigaciones basadas en datos aportados por terapeutas.**

Bystedt et al. (2014) encuestaron a 74 terapeutas y analizaron los datos realizando un análisis temático. En los resultados se formularon 3 temas y 12 subtemas. Dentro del tema referente a los factores causales, los subtemas identificados fueron: errores en la aplicación de técnicas, relación terapéutica deficiente, suspensión del tratamiento, mala adaptación del tratamiento a las necesidades individuales del paciente y supervisión clínica insuficiente. Dentro de este tema, en el subtema referente a los factores externos se mencionó; falta de recursos económicos del paciente para sostener el tratamiento y las presiones institucionales que exigen intervenciones breves, entre otros. En el tema sobre las características de los efectos negativos, los subtemas resultantes fueron: deterioro en la sintomatología, aumento de la dependencia hacia el terapeuta, pérdida de confianza en el tratamiento debido a la falta de efectos beneficiosos y abandono prematuro de la terapia. No hubo subtemas en el tercer tema resultante, denominado “métodos y criterios de evaluación de efectos negativos”. Según los autores, esto último se debe a que los participantes no tenían criterios definidos para detectar efectos perjudiciales.

Schermuly-Haupt, Linden y Rush (2018) analizaron casos específicos a partir de entrevistas estructuradas y un instrumento estandarizado con el fin de determinar la prevalencia de Eventos No Deseados (END) y ES en un total de 100 pacientes. Se realizaron entrevistas a 100 terapeutas cognitivo conductuales, cada uno refiriendo al caso de un paciente actual, en las cuales se aplicó el instrumento “Lista de Verificación UE-ATR”, el cual identifica las RET y diferencia entre ES, MP y CNE. Dentro de los resultados se determinó que un 98 % de los pacientes presentó al menos un EN y el 43 % presentó al menos un ES. Los END más frecuentes fueron angustia (53 % de los pacientes) y deterioro de la sintomatología existente (47 % de los pacientes). Los ES más frecuentes fueron malestar o sentimientos negativos (7,2 % de todos los EN, 27 % de los pacientes), deterioro de la sintomatología (2,4 % de los EN, 9 % de los pacientes) y tensiones en las relaciones familiares (1,6 % de los EN, 6 % de los pacientes).

En el contexto uruguayo, el estudio de Tasende (2025) se propuso describir las prácticas de los psicólogos y el funcionamiento de las prestaciones de psicoterapia en el marco del PIPSM, así como explorar las percepciones de los psicólogos respecto a la calidad de la atención brindada. Se realizaron entrevistas semiestructuradas realizadas a 14 psicólogos pertenecientes a prestadores privados de salud. Los resultados indicaron que, a

pesar de que el PIPSM ha aumentado la accesibilidad a los servicios psicoterapéuticos, aún existen desafíos estructurales y organizativos que inciden en la calidad de la prestación brindada, la cual varía dependiendo del prestador de salud. Entre las dimensiones clave para mejorar la calidad de las prestaciones psicoterapéuticas se identificaron: el acceso a herramientas clínicas, la mejora de la infraestructura, la supervisión clínica y estándares clínicos, el fortalecimiento de la formación continua, la adecuación de los procesos de derivación y la fomentación del trabajo interdisciplinario. La autora concluye que existen ciertas discrepancias entre la normativa del PISPM y su aplicación efectiva por parte de los prestadores privados de salud, destacando la necesidad de continuar investigando la implementación del PISPM con el fin de contribuir a mejorar su calidad.

### **Investigaciones basadas en datos aportados por pacientes y terapeutas.**

En una investigación realizada por Hardy et al. (2019) se recopilaron datos de 185 cuestionarios completados por pacientes y 304 por terapeutas, así como de 20 entrevistas en profundidad con pacientes y otras 20 con terapeutas. Los pacientes informaron sobre experiencias en psicoterapia percibidas como perjudiciales, mientras que los terapeutas describieron intervenciones que consideraban haber sido perjudiciales para sus pacientes. Los resultados se presentaron como un modelo de factores de riesgo, formulando tres categorías. La primera categoría refiere a la estructura de los prestadores del servicio, dentro de la cual se identificaron: dificultades de accesibilidad, discontinuidad en la atención, escasa disponibilidad de opciones terapéuticas y falta de información clara respecto al tratamiento. La segunda categoría alude a factores de los terapeutas, dentro de la cual se identificaron: competencias técnicas insuficientes, ausencia o insuficiencia de supervisión y conductas éticamente cuestionables. La tercera categoría refiere a aspectos vinculados a las necesidades del paciente, donde se destacó: escasa consideración del contexto psicosocial del paciente y expectativas respecto al tratamiento. Por último, los efectos negativos experimentados por los pacientes fueron; sentimientos de fracaso, desesperanza y pérdida de habilidades de afrontamiento.

Por otra parte, McGlanaghy et al. (2021) realizaron una investigación con el objetivo de consensuar qué debe considerarse un efecto adverso en psicoterapia. Se aplicó el método Delphi en una población de 51 terapeutas y 51 usuarios en la primera ronda, 31 terapeutas y 31 usuarios en la segunda ronda, y 27 usuarios y 36 terapeutas en la tercera ronda. A su vez, se realizó un análisis temático con los datos de la primera ronda. Luego de la primera ronda, se identificaron 147 potenciales efectos adversos, 38 de estos efectos fueron calificados como esenciales, muy importantes o importantes al finalizar la tercera

ronda. Cada uno de estos 38 efectos fue posteriormente clasificado dentro de uno de los nueve temas identificados a partir del análisis temático. Hubo 12 efectos adversos que fueron considerados importantes para los usuarios pero no para los terapeutas. También estos últimos tendieron a ser más conservadores con sus calificaciones.

## **Síntesis**

Las investigaciones revisadas muestran que las causas de los efectos negativos de la psicoterapia son diversas. Los pacientes se enfocan en las actitudes y comportamientos del terapeuta, así como las barreras de accesibilidad. Los terapeutas enfatizan aspectos técnicos del tratamiento y características del paciente. Ambos reconocen la influencia de los factores institucionales, aunque cada grupo, desde su perspectiva, lo hace sobre diferentes aspectos. A su vez, se aprecia una amplia variedad de instrumentos para la detección y caracterización de dichos efectos, lo cual refleja las distintas dimensiones en que estos últimos se pueden manifestar.

## **Marco conceptual.**

En el presente marco conceptual se abordarán los conceptos de psicoterapia y efectos perjudiciales, con el propósito de situar el problema de investigación en el contexto de la literatura actual. A partir de la revisión de distintos enfoques teóricos y empíricos, se buscará situar la noción de efectos adversos dentro del proceso psicoterapéutico, permitiendo identificar y comparar las distintas concepciones existentes sobre dichos efectos en psicoterapia.

## **Psicoterapia.**

Wampold e Imel (2015) definen la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza interpersonal que se basa en principios psicológicos y que implica la participación de un terapeuta capacitado y una persona que presenta una queja, problema o malestar psicológico. La finalidad del tratamiento es aliviar o resolver dicha demanda, para lo cual la intervención se adapta a las características particulares de cada paciente y de la problemática que presenta. Por su parte, Bernardi (2004) comprende la psicoterapia como un proceso que se fundamenta en una relación tanto profesional como humana entre uno o más especialistas y un consultante. En este vínculo se aplican procedimientos psicológicos y saberes referidos al funcionamiento psíquico con el objetivo de promover cambios subjetivos que permitan aliviar el malestar psicológico, así como también favorecer el desarrollo personal y la mejora en los vínculos interpersonales. Los procedimientos técnicos

utilizados se apoyan en marcos teóricos que abordan aspectos etiológicos, psicopatológicos y terapéuticos vinculados a los problemas sobre los cuales se interviene. Por otra parte, Corsini (2018) sostiene que psicoterapia es un término genérico que engloba un amplio conjunto de procedimientos clínicos orientados a mejorar el bienestar del consultante, y cuya práctica puede ser llevada a cabo por diversos profesionales de la salud mental, siempre que estén debidamente formados y certificados. A su vez, esta definición afirma la necesidad de que quienes ejercen la psicoterapia puedan demostrar su competencia para tratar a sus pacientes de acuerdo con la disciplina específica en la que se desempeña, así como también con los estándares aceptados por la comunidad más amplia de salud mental.

A partir del análisis de estas definiciones, es posible identificar diversos elementos conceptuales que contribuyen a delimitar uno de los objetos de estudio de esta investigación. Para comenzar, en todas las definiciones se destaca el carácter interpersonal de la psicoterapia, entendida como un proceso que ocurre en el marco de una relación entre al menos dos personas. También coinciden en que debe ser realizada por un profesional cuya formación garantice las competencias necesarias para ejercer prácticas psicoterapéuticas. La definición de Corsini (2010) amplía esta idea al reconocer que diversos profesionales del campo de la salud mental pueden ejercer la psicoterapia, siempre que cumplan con los estándares de competencia establecidos por su disciplina y por la comunidad de salud mental. Por último, todas las definiciones señalan que las prácticas psicoterapéuticas deben basarse en principios y marcos teóricos reconocidos, lo que las distingue de intervenciones sin sustento teórico o empírico dentro de la psicología.

Para esta investigación se adoptará una comprensión amplia del concepto de psicoterapia, que reconoce la multiplicidad de modelos y abordajes existentes, pero que al mismo tiempo restringe su alcance a aquellas prácticas de carácter interpersonal, fundamentadas en principios psicológicos y marcos teóricos reconocidos por el campo de la psicología, realizadas por profesionales cuya formación y competencias los habilite al ejercicio de prácticas psicoterapéuticas y cuya finalidad sea el alivio del malestar psicológico del consultante o el favorecimiento de su crecimiento personal.

### **Efectos perjudiciales.**

El reconocimiento de que la psicoterapia puede producir efectos perjudiciales no es un fenómeno reciente. Luego de que Eysenck (1952, como se cita en Barlow, 2010) publicara su tesis en la cual argumentaba que muchas psicoterapias no eran más efectivas que la ausencia de tratamiento, Bergin (1966, como se cita en Barlow, 2010) revisó diversos

estudios y halló que, mientras algunos pacientes experimentaron mejoras, otros presentaron un deterioro marcado como causa del tratamiento. Este hallazgo fue una de las primeras investigaciones sistemáticas sobre la existencia de efectos perjudiciales causados por la psicoterapia. A pesar de que la existencia de estos efectos es reconocida desde hace tiempo, su investigación ha avanzado de manera limitada (O’neil, Rossell y Berk, 2025). Según Moritz et al. (2018), es debido a la complejidad de la psicoterapia en sí misma que los investigadores aún no tienen claro que es un efecto adverso y si este puede ser atribuible al proceso psicoterapéutico.

Una de las principales dificultades consiste en la falta de consenso terminológico y conceptual. No existe una única forma consensuada de definir o clasificar los efectos negativos de la psicoterapia (Linden, 2013; Parry, Crawford y Duggan, 2016; Rozental et al., 2018). En la literatura se utilizan indistintamente términos como efectos adversos, mala praxis, efectos secundarios, deterioro clínico, tratamiento ineficaz o consecuencias negativas, entre otros (Rozental et al., 2016; Moritz et al., 2018; Herzog, 2019; Strauss et al., 2021). Según Parry, Crawford y Duggan (2016), dicha multiplicidad terminológica dificulta el avance del conocimiento en esta área del campo, ya que deriva en una dificultad adicional para comparar los resultados de las investigaciones.

Existen dificultades metodológicas a la hora de identificar y delimitar los efectos negativos. El empeoramiento del paciente no necesariamente se puede atribuir a la terapia, ya que sucesos vitales pueden impactar en su estado durante el tratamiento, sin que eso signifique que el tratamiento en sí mismo haya generado los efectos negativos (Bowie, 2016). A su vez, debido a que ciertos trastornos tienden a una evolución clínica negativa por sus propias características, determinar si el deterioro de la sintomatología es causado por el proceso terapéutico presenta sus complicaciones (Dimidjian y Holland, 2010). A esto último se suma la diversidad de dominios en los que estos efectos pueden manifestarse: estado emocional, bienestar físico, relaciones interpersonales, desempeño laboral, percepción del self, dependencia hacia el terapeuta, deterioro sintomático, estigmatización, pérdida de vitalidad, entre otros (Rozental et al., 2016; Moritz et al., 2018; Herzog, 2019; Strauss et al., 2021).

También ocurre que los tratamientos pueden tener efectos beneficiosos y perjudiciales al mismo tiempo, así como también puede pasar que la naturaleza de los resultados puede cambiar con el tiempo (Dimidjian y Holland, 2010). En este sentido, se ha señalado que ciertos efectos negativos son necesarios para un proceso terapéutico exitoso (Curran et al., 2019; Bernardi, 2016), a la vez que algunas intervenciones terapéuticas pueden tener efectos beneficiosos en sus comienzos que posteriormente se traducirán a un

retorno o aumento de la sintomatología (Lilienfeld, 2007). En las terapias psicodinámicas, es normal que en alguna parte del proceso se produzca una exacerbación de los síntomas, pero esto muchas veces es seguido por una mejoría del malestar derivando en un tratamiento exitoso (Bernardi, 2016); también ciertas técnicas conductuales producen un aumento notorio de la ansiedad, lo cual es considerado necesario para un posterior alivio de la sintomatología (Rozental, Andersson y Carlbring, 2019). Estos cambios muestran cómo los efectos de la psicoterapia no son estáticos, sino que pueden transformarse en el transcurso del proceso o luego de finalizado el mismo.

En esta línea, el estudio del cambio psicoterapéutico ha incorporado la noción de que la evolución clínica de los pacientes es dinámica, con oscilaciones, aceleraciones y retrocesos que configuran trayectorias heterogéneas de progreso o deterioro. Diversas investigaciones basadas en mediciones repetidas han mostrado que los cambios producidos por la psicoterapia no sigue trayectorias uniformes, sino que se distribuyen en patrones irregulares (Owen et al., 2015; Saunders et al., 2019; Fernández-Reguera & Calero-Elvira, 2024). Esta perspectiva resulta particularmente pertinente para el estudio de los efectos adversos, ya que permite observar cómo estos pueden emerger, intensificarse o modificarse a lo largo del tratamiento.

En consecuencia, Boisvert y Faust (2002) afirman que es imposible que cualquier proceso psicoterapéutico genere exclusivamente efectos positivos, por lo que el objetivo general de la psicoterapia sería lograr una ponderación favorable de efectos, maximizando los beneficios y minimizando el daño. En este sentido, Dimidjian y Holland (2010) proponen diferenciar entre tres tipos de resultados del tratamiento: los que tuvieron un saldo beneficioso, los que no generaron efectos y aquellos cuyos efectos fueron más perjudiciales que la ausencia de tratamiento. Ahora bien, si se considera que ciertos efectos adversos son inherentes a cualquier proceso psicoterapéutico, la dificultad radica en distinguir cuáles efectos se consideran “necesarios” y cuáles se podrían evitar.

El desafío de realizar dicha distinción ha sido abordado por Linden (2013), cuya categorización delimita con mayor precisión los distintos tipos de consecuencias negativas según su causa y su relación con la intervención terapéutica. Los eventos no deseados son todos aquellos acontecimientos de carácter negativo que le ocurren al paciente durante el transcurso del tratamiento; estos incluyen tanto síntomas somáticos y psicológicos como dificultades en su desempeño social y laboral. Dentro de estos se encuentran las reacciones emergentes del tratamiento, las cuales son todos los eventos no deseados de carácter negativo que pueden atribuirse directamente al tratamiento psicológico. Las RET se pueden clasificar en tres categorías: los efectos secundarios son aquellos que derivan de un

tratamiento correctamente aplicado; las reacciones por mala praxis son aquellos causados por una aplicación incorrecta del tratamiento; y las reacciones por conductas no éticas son todos aquellos causados por transgresiones a la ética profesional por parte del terapeuta. Esta categorización logra diferenciar teóricamente entre los efectos adversos inherentes al proceso psicoterapéutico y aquellos que se podrían evitar. Tomando como base estos aportes, se desarrollaron diversos instrumentos destinados a evaluar los efectos adversos y clasificarlos según la categorización propuesta por Linden, como el cuestionario PANEPS (Moritz et al., 2018) o la *Lista de Verificación UE-ATR* (Herzog et al., 2019). Sin embargo, su aplicación en las investigaciones suele realizarse en un único momento del tratamiento, lo cual limita la posibilidad de observar la evolución de estos efectos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

En el presente marco teórico se van a comprender los efectos adversos en psicoterapia como fenómenos complejos y multicausales, cuyas cualidades están sujetas a cambio durante el transcurso del tratamiento y luego de finalizado el mismo. Mientras que algunos efectos adversos pueden ser considerados como el “costo” de cursar un tratamiento psicoterapéutico, otros pueden surgir de fallas técnicas, éticas o institucionales. Reconocer esta distinción es esencial para realizar una ponderación adecuada de los efectos de la psicoterapia, que no se limite únicamente a contabilizar los resultados positivos o negativos, sino que contemple también cuáles efectos adversos se podrían haberse evitado.

El concepto de trayectorias de cambio clínico se utilizará para comprender la evolución de los pacientes a lo largo del tratamiento. Este concepto permite comprender las trayectorias de los pacientes como un proceso dinámico en lugar de una simple comparación entre el estado inicial y el estado final, lo que posibilita identificar variaciones significativas que se producen a lo largo del tratamiento. Su pertinencia radica en la capacidad de visibilizar la heterogeneidad de los procesos terapéuticos y las diversas formas en que estos pueden evolucionar. Esta forma de concebir la evolución de los pacientes habilita a pensar los efectos adversos no solo como desenlaces negativos, sino como fenómenos que pueden ir emergiendo de manera progresiva durante el tratamiento. A su vez, se empleará el término deterioro clínico para referirse a la situación en la que un paciente finaliza el proceso terapéutico con un nivel de sintomatología significativamente peor que al inicio del tratamiento. Esta definición centra la atención en el resultado global del proceso, evitando interpretar como deterioro las fluctuaciones intermedias que pueden presentarse dentro de trayectorias más amplias.

## **Problema de investigación.**

Los efectos adversos de la psicoterapia han recibido creciente atención en el ámbito de la investigación internacional durante las últimas décadas (Bystedt et al., 2014; Hardy et al., 2017). Sin embargo, esta problemática ha permanecido prácticamente invisibilizada en Uruguay, donde no se registran investigaciones sobre el tema.

En el año 2017 se aprueba la Ley de Salud Mental N.º 19.529, la cual tiene como objeto garantizar la cobertura universal y la accesibilidad de la población a los servicios de salud mental, incorporando dichos servicios dentro del SNIS de forma obligatoria para los prestadores públicos y privados. Esta ley reconoce explícitamente a los usuarios de los servicios como sujetos de derechos, asegurando el acceso a una atención integral, digna y no discriminatoria, que respete su autonomía y promueva su inclusión social. Luego, en el año 2020, se pone en ejecución el Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud Pública, 2020) con el propósito de poner en práctica políticas públicas que den cumplimiento a lo establecido por la Ley N.º 19.529.

A pesar de esto último, la Organización Mundial de la Salud (2020) advierte que tanto los recursos humanos como financieros resultan insuficientes para sostener las políticas en salud mental establecidas en nuestro país. El PNSM (2020) reconoce los siguientes nudos críticos en la atención en salud mental de Uruguay: barreras en la accesibilidad que se manifiestan principalmente como tiempos de espera prolongados y costo económico para los usuarios, inadecuación de los servicios para atender a las poblaciones con mayor vulnerabilidad, carencia de herramientas para gestionar los dispositivos de salud mental, la falta de definición de estándares de efectividad clínica y la ausencia de sistemas de monitoreo de calidad, entre otros (MSP, 2020). Respecto a esto último, Dotti (2024) realizó una revisión documental de prensa sobre la situación de nuestro país en materia de salud mental, donde expresó en los resultados: “[...] se estableció un avance significativo en el replanteo de la gestión pública sobre salud mental. A pesar de esto, se puede apreciar una brecha entre lo que el Estado promueve a través de sus políticas públicas en materia de salud mental y lo que las personas con este tipo de padecimiento reciben” (p. 2). Teniendo en cuenta como las investigaciones respaldan que los problemas de accesibilidad inciden en la aparición de efectos adversos (Curran et al., 2019; Lindgren y Rozental, 2022; Bystedt et al., 2014), las condiciones actuales mencionadas previamente respecto a nuestro sistema de salud podrían estar afectando la calidad de las prestaciones psicoterapéuticas.

La ausencia de un colegio de psicología en Uruguay que oficie como regulador y supervise las prácticas psicoterapéuticas deja un vacío institucional que dificulta la prevención, detección y abordaje de los efectos perjudiciales. A esto se suma que en la formación de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UDELAR) no se contempla de manera explícita la enseñanza de estos efectos, lo cual podría limitar la capacidad de los futuros profesionales para reconocer y manejar estas situaciones.

En este contexto resulta pertinente generar conocimiento sobre los procesos psicoterapéuticos con evolución desfavorable, entendidos como aquellos en los que se observa un aumento del malestar o un deterioro clínico durante el tratamiento. El presente pre-proyecto se propone conocer la valoración que los usuarios realizan sobre estos procesos y analizar los factores que asocian a dichas experiencias.

### **Preguntas de investigación.**

- I. ¿Cómo valoran los usuarios los procesos psicoterapéuticos con evolución desfavorable en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud y qué factores se asocian con dichas experiencias?
- II. ¿Qué proporción de usuarios presenta deterioro clínico durante el proceso psicoterapéutico?
- III. ¿Cómo se caracterizan las trayectorias de cambio clínico en los participantes (momento de aparición, duración, patrón de cambio y áreas afectadas)?
- IV. ¿Qué valoraciones atribuyen los usuarios a su experiencia terapéutica en los casos de evolución desfavorable?
- V. ¿Qué factores se asocian a estas experiencias desde la perspectiva de los usuarios?

### **Objetivos generales.**

Conocer la valoración de los usuarios sobre los procesos psicoterapéuticos con evolución desfavorable en el Sistema Nacional Integrado de Salud e identificar los factores asociados a dichas experiencias.

### **Objetivos específicos.**

- Identificar la proporción de usuarios que presentan deterioro clínico durante el proceso psicoterapéutico mediante la aplicación del OQ-45.2.

- Caracterizar las trayectorias de cambio clínico en los casos de participantes según el momento de aparición, duración, el patrón de cambio y las áreas de vida afectadas (incomodidad sintomática, relaciones interpersonales y rol social).
- Analizar las valoraciones que los usuarios atribuyen a su experiencia psicoterapéutica en los casos de evolución desfavorable.
- Identificar y sistematizar los factores que los usuarios asocian a dichas experiencias.

### **Metodología.**

Se plantea realizar un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, mediante la aplicación de una metodología de investigación mixta con un diseño explicativo secuencial. Las metodologías mixtas son definidas por Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014) como un conjunto de procesos sistemáticos de investigación que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto del total de la información y lograr un mayor entendimiento del fenómeno de estudio. El diseño explicativo secuencial responde a la necesidad de articular de manera estratégica los recursos disponibles con los objetivos planteados. En una primera etapa, el cuestionario autoinformado hace posible un sondeo más amplio en términos de recursos y tiempo, facilitando la detección de deterioro en los participantes y permitiendo seleccionar aquellos con los que se realizarán las entrevistas semidirigidas.

### **Muestra.**

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia. Serán incluidos usuarios del Modo 2 de las prestaciones psicoterapéuticas ofrecidas por el SNIS, comprendidos en una franja etaria entre los 19 y los 65 años y que acepten participar en la investigación. Serán excluidos los usuarios con sintomatología de carácter psicótico y/o maníaco.

### **Procedimiento.**

La investigación se realizará en dos centros prestadores de salud, uno perteneciente a una mutualista y otro perteneciente a ASSE, ambos ubicados en la misma zona de la ciudad de Montevideo. En primer lugar, se contactará a las instituciones implicadas y se les dará a conocer los detalles sobre la investigación. Posteriormente, se invitará a participar a

los usuarios que se encuentren en tratamiento psicoterapéutico dentro de dichas instituciones. A quienes acepten participar se les proporcionará información detallada sobre la investigación y se solicitará la firma del consentimiento informado. La investigación consta de dos fases. En la primera fase se aplicará el cuestionario OQ-45.2 a todos los participantes al inicio del tratamiento y posteriormente cada un mes, durante el transcurso total del tratamiento. En la segunda fase, a partir de los resultados previos, se seleccionarán a aquellos participantes que hayan presentado mayor variación negativa entre el comienzo y el final de tratamiento para llevar a cabo entrevistas semidirigidas. Por último, se realizará un informe final con los resultados correspondientes, los cuales se entregarán a las instituciones involucradas.

## **Instrumentos y herramientas.**

### **Recolección de datos.**

El instrumento Outcome Questionnaire (OQ-45.2) es un cuestionario autoadministrado de 45 ítems utilizado para evaluar los resultados clínicos en psicoterapia (Iraurgi y Peñas, 2021, von Bergen y de la Parra, 2002). El cuestionario mide una dimensión general que considera todos los ítems, pero también genera tres subescalas. Las tres áreas evaluadas son: Relaciones Interpersonales, Rol Social y Síntomas. Cada ítem se responde utilizando una escala tipo Likert con las opciones: “Nunca”, “Casi Nunca”, “A veces”, “Con Frecuencia” y “Casi Siempre”, con un valor numérico que va del 0 al 4. Algunos ítems refieren a efectos negativos (por ejemplo, “Me siento irritado o molesto”), mientras que otros reflejan aspectos positivos o recursos (por ejemplo, “Me llevo bien con otros”). Para los ítems positivos se realiza una inversión de la puntuación, donde “Nunca” se codifica como 4 y “Casi Siempre” como 0. Cualquier puntuación general mayor a 63 indica la presencia de sintomatología. Una variación de 14 puntos en el pretest - postest en cualquier dirección se considera un cambio relevante. A mayor puntaje, mayor presencia de sintomatología. A su vez, cada subescala posee un punto de corte y variación pretest - postest específicos: dentro de la subescala “Síntomas”, puntuaciones mayores a 36 indican presencia de síntomas y una variación mayor a 10 puntos se considera un cambio relevante; en la subescala “Relaciones Interpersonales”, puntuaciones mayores a 15 indican presencia de síntomas y una variación pretest - postest relevante debe ser de mayor a 8 puntos; en la subescala “Rol Social”, puntuaciones mayores a 12 indican presencia de síntomas y una variación mayor a 7 puntos se considera un cambio relevante.

Se realizarán entrevistas semiestructuradas. La formulación de preguntas se basará en los resultados preliminares y en los antecedentes revisados. Se apunta a explorar

cuestiones de accesibilidad, la experiencia general de los participantes durante el proceso y la relación terapéutica. También se tomarán como referencia los ítems de las subescalas de mala praxis y conductas poco éticas del cuestionario PANEPS. Estas últimas se utilizarán como guía solamente cuando el relato del participante mencione situaciones de naturaleza similar, con el fin de no condicionar las respuestas. Las preguntas serán de carácter abierto, entendiendo que favorecen la introducción de nuevas preguntas y la posibilidad de modificar las previamente establecidas, permitiendo explorar temas emergentes del relato que no hayan sido tenidos en cuenta en la guía de preguntas (Tejero González, 2021).

### **Análisis de datos.**

Para el análisis estadístico se utilizará el software JASP versión 0.95.0.0. Las variables cualitativas serán resumidas con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales. Para caracterizar el estado general del participante durante el proceso psicoterapéutico y al finalizar el mismo, de acuerdo con el manual de uso del cuestionario OQ-45.2, se obtendrán las sumatorias para las subescalas evaluadas (relaciones interpersonales, rol social, síntomas de malestar psicológico), así como su puntuación global. De acuerdo a los puntos de corte establecidos por el cuestionario, se obtendrá la proporción de participantes con “presencia de sintomatología”. Para evaluar si se dieron cambios en la puntuación global de la escala en el transcurso del tratamiento se realizará la prueba de Anova para medidas repetidas (previa verificación de supuestos) o su alternativa no paramétrica, la prueba de Friedman (Pagano y Gauvreaud, 2001). Se realizará el mismo procedimiento para cada una de las subescalas. Para evaluar si existe variación de la proporción de participantes con “presencia de sintomatología” en la dimensión global a lo largo del tratamiento se utilizará la prueba de Cochran Q (como extensión de la prueba de McNemar para más de dos tiempos). Se utilizará la misma herramienta estadística para cada una de las subescalas. Para identificar la diferencia en la dimensión global al inicio y tras el proceso psicoterapéutico, se establecerá la diferencia entre la puntuación pretest - postest. De acuerdo al manual del cuestionario, se obtendrá la proporción de participantes que presentaron “cambios relevantes”. Se calculará el intervalo de confianza al 95% para la estimación puntual de dicha proporción. Se realizará el mismo procedimiento para cada una de las subescalas. Se utilizará un nivel de significación del 5%

Para analizar los datos recogidos en las entrevistas se realizará un análisis temático, utilizando como herramienta el software MAXQDA versión 24.10. Se propone un análisis temático inductivo, lo cual implica que el proceso de codificación de datos se realizará sin partir de ninguna teoría o categorías preestablecidas (Braun y Clarke, 2006). Esta elección

metodológica se debe a que partir de categorías preestablecidas podría limitar reconocer las particularidades de esta problemática a nivel local. A su vez, el análisis se realizará tanto a nivel latente como manifiesto, por lo cual no se limitará a los contenidos explícitos de los datos, sino que también se interpretarán los supuestos subyacentes que configuran el contenido semántico de los datos (Braun y Clarke, 2006). Se considerará como tema un patrón de respuesta o de significado dentro de las respuestas recabadas.

### **Consideraciones éticas.**

Se solicitará la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La investigación se regirá por el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a (2000) y por el Decreto 158/019 (Uruguay; 2019) sobre investigaciones con seres humanos, respetando y garantizando la integridad y bienestar de los participantes. De acuerdo con este decreto, se les informará a los usuarios las características de la investigación, a la vez que también se les garantiza la protección de su identidad y datos personales, aclarando que serán utilizados únicamente con fines investigativos. Se hará entrega de un consentimiento informado el cual debe ser firmado por cada usuario que acceda a participar. La investigación será de participación libre y voluntaria, donde los participantes podrán interrumpir su participación en cualquier momento en caso de que lo deseen. Los usuarios no recibirán ningún tipo de remuneración por participar en la investigación.

### **Cronograma de ejecución.**

<b>Mes</b>	<b>Actividad</b>	<b>Resultados esperados</b>
1-2	Contacto con instituciones y mutualistas	Confirmación por parte de las instituciones para realizar el estudio.
3-4	Contacto con usuarios y selección de la muestra	Conformar muestra.
3-16	Aplicación mensual del cuestionario y sistematización de datos	Recolectar datos sobre las trayectorias de cambio clínico de los usuarios.
17-18	Ánalisis cuantitativo de los datos del	Identificación de patrones de cambio en las trayectorias

## **Referencias bibliográficas.**

Artola, M. J. (2020). *Psicoterapias en el Sistema Nacional Integrado de Salud: vivencias de los usuarios respecto a los cambios autopercibidos y a las características de la atención recibida* [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Colibrí.

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27011>

Barlow, D. H. (2010). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.). The Guilford Press.

Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787–794.

<https://doi.org/10.1080/00048670903107559>

Benelli, L., & Díaz, R. (2019). Impacto de la reforma sanitaria sobre un efector público del primer nivel de atención del interior del Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*

Bernardi, R. (2016). Evolución de los pacientes en psicoterapia: la evaluación de los cambios. *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*, 353-368. Grupo Magro Editores – Universidad Católica del Uruguay

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Boisvert, C. M., & Faust, D. (2002). *Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. American Journal of Psychotherapy*, 56(2), 244-259. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.244>

Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319–331. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.939593>

Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>

Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (2001). Código de ética de los Psicólogos del Uruguay. <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>

Curran, J., Parry, G. D., Hardy, G. E., Darling, J., Mason, A. M., & Chambers, E. (2019). How does therapy harm? A model of adverse process using task analysis in the meta-synthesis of service users' experience. *Frontiers in Psychology*, 10, 347. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00347>

Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0017299>

Fernández-Reguera, D., & Calero-Elvira, A. (2024). The pace of change in videoconferencing and face-to-face adult psychotherapy: A longitudinal study. *Psicothema*, 36(3), 217-226. <https://dx.doi.org/10.7334/psicothema2023.283>

Ginés, A, Porciúncula, H & Arduino, M (2005). El plan de salud mental: 20 años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 69(2), 121-150.

Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., Parry, G. D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(3), 403–414. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393575>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill Education.

Herzog, P., Lauff, S., Rief, W., & Brakemeier, E. L. (2019). Assessing the unwanted: A systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. *Brain and Behavior*, 9(12), e01447. <https://doi.org/10.1002/brb3.1447>

Iraurgi, I., & Peñas, P. (2021). Outcomes assessment in psychological treatment: Spanish adaptation of OQ-45 (Outcome Questionnaire). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 56-63. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.7>

Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C., Färber, F., & Rosendahl, J. (2023). *Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study protocols: A systematic review*. *Psychotherapy*, 60(1), 130-148. <https://doi.org/10.1037/pst0000359>

Lilienfeld, S. O. (2007). *Psychological treatments that cause harm. Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>

Linden, M.-L. (2013). *How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 286–296. <https://doi.org/10.1002/cpp.1765>

Lindgren, A., & Rozental, A. (2022). Patients' experiences of malpractice in psychotherapy and psychological treatments: A qualitative study of filed complaints in Swedish healthcare. *Ethics & Behavior*, 32(7), 563–577.

<https://doi.org/10.1080/10508422.2021.1948855>

McGlanaghy, E., Jackson, J.-L., Morris, P., Prentice, W., Dougall, N., & Hutton, P. (2021). Discerning the adverse effects of psychological therapy: Consensus between experts by experience and therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2648>

Ministerio de Salud Pública (2011). Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-saludpublica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2020). Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>

Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, J. P., Jelinek, L., & Peth, J. (2019). It can't hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), 577–586.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). Oxford University Press.

O'Neil, A., Rossell, S. L., & Berk, M. (2025). Understanding side effects of psychotherapies: Implications for clinical practice and research trials. *World Psychiatry*, 24(2), 194–195. <https://doi.org/10.1002/wps.21304>

Owen, J., Adelson, J., Budge, S., Wampold, B., Kopta, M., Minami, T., & Miller, S. (2015). Trajectories of change in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 71(9), 817-827. <https://doi.org/10.1002/jclp.22191>

Pagano, M., & Gauvreau, K. (2001). *Principles of biostatistics* (2nd ed.). Duxbury Press.

Rozental, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2019). *In the absence of effects: An individual patient data meta-analysis of non-response and its predictors in internet-based cognitive behavior therapy*. *Frontiers in Psychology*, 10, 589.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00589>

Saunders, R., Buckman, J. E. J., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2019). *Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy*, *Journal of Affective Disorders*, 249, 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.043>

Schermuly-Haupt, M. L., Linden, M., & Rush, A. J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9866-4>

Strauss, B., Gawlytta, R., Schleu, A., & Frenzl, D. (2021). Negative effects of psychotherapy: Estimating the prevalence in a random national sample. *BJPsych Open*, 7(6), e186. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1024>

Tasende, M. (2025). *Entre la normativa y la práctica: Percepciones de los psicólogos sobre el funcionamiento y la calidad de la atención psicoterapéutica en el marco del SNIS* (Tesis de grado, Universidad de la República). Colibrí – Repositorio Institucional de la Udelar.

[https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/52612/1/Tasende\\_Aldana.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/52612/1/Tasende_Aldana.pdf)

Tejero González, J. M. (Ed.). (2021). *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

<https://rediie.cl/wp-content/uploads/Te%CC%81cnicas-de-investigacio%CC%81n-WEB-4.pdf>

Uruguay (2011, septiembre 9). Decreto N° 305/011: Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.  
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>

Uruguay (2017, septiembre 19). Ley n° 19529: Ley de salud mental.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay (2019, junio 12). Decreto N° 158/019.  
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/158- 2019>

von Bergen, A., & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, *cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación / OQ-45.2, an outcome questionnaire for monitoring change in psychotherapy: Adaptation, validation and indications for its application and interpretation*. Terapia Psicológica, 20(2), 161-176.

<https://cipra.cl/biblioteca/evaluacion/oq/AplicacionOQ-Chile.pdf>

Vybíral, Z., Ogles, B. M., Řiháček, T., Urbancová, B., & Gocieková, V. (2023). Negative experiences in psychotherapy from clients' perspective: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 34(3), 279–292. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2256686>

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Mental Health Atlas 2020: Country profile — Uruguay*.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/ury.pdf?sfvrsn=7fa09fb3\\_7&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/ury.pdf?sfvrsn=7fa09fb3_7&download=true)

Wedding, D., & Corsini, R. J. (2018). *Current Psychotherapies* (11a ed.). Cengage Learning.