

Licencia Creative Commons (CC BY-NC 4.0)

Artículos Científicos

DOI: <http://En asignación>

## Tratamientos psicológicos de pacientes psicóticos con cobertura del plan médico obligatorio: Resultados cualitativos y cuantitativos

### *Psychological Treatments of Psychotic Patients With Coverage of The Mandatory Medical Plan: Qualitative and quantitative results*

Ignacio Barreira <sup>a</sup> | Silvia Comastri <sup>b</sup>  
Leandro Nicolás Bevacqua <sup>c</sup> | María Camila Bidal <sup>d</sup>  
Paula Daniela Varela <sup>e</sup> | César Gabriel Amaya <sup>f</sup>  
Pamela Vignati <sup>g</sup>

**Recibido:** 26 de marzo de 2024.

**Aceptado:** 1 de agosto de 2023.

---

<sup>a</sup> Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. Contacto: [ignacio.barreira@usal.edu.ar](mailto:ignacio.barreira@usal.edu.ar) | ORCID: [0000-0002-2965-6412](https://orcid.org/0000-0002-2965-6412) \*Autor para correspondencia.

<sup>b</sup> Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. Contacto: [silvia.comastri@usal.edu.ar](mailto:silvia.comastri@usal.edu.ar) | ORCID: [0000-0001-8363-9261](https://orcid.org/0000-0001-8363-9261)

<sup>c</sup> Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. Contacto: [bevacqua.leandronicolas@usal.edu.ar](mailto:bevacqua.leandronicolas@usal.edu.ar) | ORCID: [0000-0001-7696-3477](https://orcid.org/0000-0001-7696-3477)

<sup>d</sup> Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. Contacto: [maria.bidal@usal.edu.ar](mailto:maria.bidal@usal.edu.ar) | ORCID: [0000-0002-9381-098X](https://orcid.org/0000-0002-9381-098X)

<sup>e</sup> Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. Contacto: [pauladvarela@hotmail.com](mailto:pauladvarela@hotmail.com) | ORCID: [0000-0002-6305-0238](https://orcid.org/0000-0002-6305-0238)

<sup>f</sup> Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. Contacto: [cesarius1@hotmail.com](mailto:cesarius1@hotmail.com) | ORCID: [0000-0003-4241-1521](https://orcid.org/0000-0003-4241-1521)

<sup>g</sup> Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina. Contacto: [pamela.vignati@usal.edu.ar](mailto:pamela.vignati@usal.edu.ar) | ORCID: [0000-0003-1765-5882](https://orcid.org/0000-0003-1765-5882)

---

#### **Cómo citar:**

Barreira, I., Comastri, S., Bevacqua, L., Bidal, M., Varela, P., Amaya, C. y Vignati, P. (2024). Tratamientos psicológicos de pacientes psicóticos con cobertura del plan médico obligatorio. Resultados cualitativos y cuantitativos. *UVserva*, (18), 263-282. <http://en.asignación.mx>

**Resumen:** El objetivo del presente estudio radica en evaluar la efectividad de tratamientos psicológicos realizados con pacientes con diagnóstico de psicosis con cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO). A tales fines, se realizó una evaluación longitudinal de personas que consultaron espontáneamente en un centro de salud mental radicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que presentaron diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. La muestra relevada es de 15 consultantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados fueron la escala PANSS y la COP 13, consignándose datos clínicos tales como motivos de consulta, focos acordados, objetivos cumplidos y logros. Los resultados que se presentan corresponden a evidencia generada entre abril de 2022 y noviembre de 2023. Se presentan resultados sobre motivos de consulta, focalización y logros de tratamiento, los mismos fueron trabajados con teoría fundamentada y luego se cuantificaron de modo tal que se estableció un análisis de frecuencias en relación con los constructos generados. Se plantea el debate sobre una adecuación parcial del PMO para estos pacientes.

**Palabras clave:** Psicología clínica; psicoanálisis; salud mental; trastorno de la esquizofrenia; trastorno psicótico.

**Abstract:** *The objective of the present study is to evaluate the effectiveness of psychological treatments carried out with patients diagnosed with psychosis covered by the Mandatory Medical Plan (PMO). For this purpose, a longitudinal evaluation was carried out on people who spontaneously consulted a mental health center located in the Autonomous City of Buenos Aires who presented with a diagnosis of schizophrenia spectrum disorder. The sample surveyed is 15 consultants who met the inclusion criteria. The instruments used were the PANSS scale and the COP 13, recording clinical data such as reasons for consultation, agreed focuses, objectives met and achievements. The results presented refer to evidence generated between April 2022 and November 2023. Results are presented on motives for consultation, focusing work and treatment achievements that were worked with grounded theory and then quantified in such a way that a frequency analysis was established in relation to the generated constructs. In accordance with the results, the debate arises about a partial adaptation of the PMO for these patients.*

**Keywords:** *Clinical Psychology; Psychoanalysis; Mental Health; Schizophrenia Disorder; Psychotic Disorder.*

## Introducción

La prevalencia de estudios realizados durante los últimos años en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico destaca una prevalencia del trabajo dentro de dispositivos grupales o de carácter restrictivos (hospital de día e internación), resultando relevante la ausencia de evidencia generada

en relación a tratamientos psicológicos realizados en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS) (Barreira *et al.*, 2022a).

Estas poblaciones de pacientes suelen ser tratadas en marcos de trabajo más complejos que los dispositivos de asistencia tradicionales y suelen incluir otras variables al margen de los contemplados en las psicoterapias individuales como por ejemplo la administración de psicofármacos por parte de médicos especializados en psiquiatría o la presencia de familiares en los mismos. La inclusión de estas cuestiones responde a la importancia del acompañamiento que estos pacientes pueden presentar frente a las eventualidades que presuponen sus ocasionales desestabilizaciones. Por otra parte, es de esperar que por las dificultades que estos pacientes presentan, los tratamientos tiendan a extenderse y el ausentismo en los mismos a incrementarse. En consecuencia, los tratamientos realizados por pacientes que presentan cuadros psicóticos moderados y severos suelen ser realizados en dispositivos de salud mental que implican cierta complejidad. Ésta suele ser mayor a lo que la lógica de la APS permite tratar, como por ejemplo hospitales de día, dispositivos grupales en abordajes multidisciplinarios o internaciones hospitalarias. En los casos de cuadros psicóticos leves que implican buena funcionalidad, las psicoterapias en combinación con tratamientos psiquiátricos suelen ser la opción más frecuente. Resulta extraño observar que los pacientes asistidos realicen consultas psicológicas que no impliquen la presencia de estos factores en la consideración del profesional tratante.

El presente estudio releva tratamientos psicológicos realizados por pacientes que presentan diagnóstico de Trastorno de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (DSM-5, 2014) en un dispositivo de consultorios externos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los mismos ingresan por consulta espontánea, buscando la prestación de psicoterapia en una institución que presta servicios en Salud Mental de acuerdo con la cobertura que otorga el Plan Médico Obligatorio (PMO). El objetivo del mismo radica en evaluar la efectividad de estos tratamientos desde la perspectiva representacional del paciente/usuario y del terapeuta por medio de una evaluación cuantitativo-descriptiva a partir de la escala PANSS (Kay *et al.*, 1987; Aboraya y Nasrallah, 2016), y COP-13 (Souffir *et al.*, 2018). Asimismo, se realiza una evaluación cualitativo-exploratoria de los motivos de consulta, acuerdos de focalización y logros de los tratamientos desde la perspectiva del paciente y del terapeuta. En este trabajo se presentarán resultados de la parte cualitativo-exploratoria.

Anteriormente se realizó una revisión sistemática en la que se rastrearon antecedentes de esta investigación. La misma arrojó de escasos a nulos resultados en relación con investigaciones que utilizaran la escala PANSS y la Cop 13 para generar evidencia en este tipo de poblaciones de pacientes tratados en dispositivos ambulatorios (Barreira *et al.*, 2022a). Alternativamente, otro equipo realizó otra revisión sistemática sobre la utilización de estos instrumentos en el seguimiento de pacientes internados en dispositivos de internación psiquiátrica con resultados similares (Barreira *et al.*, 2023b). Los motivos por los cuáles estas estrategias no fueron elegidas para investigar este tipo de situaciones, responde a que en Iberoamérica son escasos o nulos los proyectos de investigación que se ocupan de los mismos (Barreira *et al.*, 2022a; Barreira *et al.*, 2023b).

En este estudio se presentan resultados de avance de investigación luego de 2 meses de prueba piloto realizada en febrero y marzo de 2022 (Barreira *et al.*, 2022b), y

20 meses de trabajo de campo (entre abril de 2022 y noviembre de 2023). Se incluyen datos sobre la población general de pacientes en la que se realizó la investigación y se presenta evidencia generada sobre motivos de consulta, acuerdos de focalización y logros en 15 casos. Por motivos de espacio se exponen solo estos resultados, dejando para otras publicaciones lo referido al aspecto cuantitativo que radica en puntajes obtenidos con escalas PANSS y COP 13. La referencia epistemológica se inscribe en la línea filiatoria de la Investigación Orientada por la Práctica (P.O.R. son sus siglas en inglés Practice-Oriented Research), que propone facilitar que los clínicos se involucren activamente en la generación, el desarrollo y el diseño e implementación de proyectos llevados a cabo por o con investigadores (Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018). Se busca generar evidencia sobre la efectividad de los tratamientos realizados en dispositivos ambulatorios desde la perspectiva de los pacientes y los terapeutas que actúan en los mismos (Barkham *et al.*, 2018). Esta línea epistémica sigue los estudios de efectividad que buscan funcionar como comparador de eficacia, basándose en la noción de treatment-as-usual (T.A.U.) (Löfholm *et al.*, 2013). La misma posibilita la articulación de la labor clínica del terapeuta con el trabajo de investigación y la generación de evidencia de calidad en contextos reales.

## 1. Métodos

### 1.1. Caracterización del diseño metodológico

Se trata de un estudio de tipo descriptivo-exploratorio, longitudinal de tipo mixto que combina metodologías cuantitativas y cualitativas (Hernández Sampieri *et al.*, 2019), en el que se procedió a realizar constructos cualitativos que luego se presentan cuantitativamente de acuerdo con la frecuencias en la que los mismos ocurrieron. En este sentido, se busca describir el estado sintomático de usuarios de salud mental con diagnósticos de trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que consultan en un Centro de Salud Mental de manera espontánea. Asimismo, se busca describir esos estados, al mismo tiempo que se explora sobre la dinámica de las expectativas en sus consultas, los acuerdos con sus terapeutas en focos de trabajo y lo que opinan sobre sus logros. La parte descriptiva de la investigación es cuantitativa, triangulando la PANSS y la COP 13, mientras que la parte exploratoria de la investigación, que es la parte de la que se presentarán resultados en este trabajo, es cualitativa, y tiene por objetivo generar evidencia sobre motivos de consulta, acuerdos de focalización y logros. Este último análisis, que constituye el objeto del presente estudio, se realizará presentando los constructos resultantes del análisis cualitativo trabajado con teoría fundamentada, y luego se expondrán cuantitativamente para que pueda realizarse un análisis de frecuencia.

Por otra parte, se califica al estudio como una situación de problema sistémico, acorde a lo que López Alonso (2006) considera situación de hipótesis de trabajo. Según ésta, hay modelaje teórico de los datos que falta someter a constatación empírica. Existen múltiples desarrollos sobre el sistema de APS, clínica de las psicosis, psicoterapia de las psicosis, etc.; pero no hay evidencia empírica de calidad generada

para fundamentar los debates sobre qué tipo de decisiones se toman al respecto. En consonancia con este planteo, se presentarán resultados preliminares de carácter exploratorio de acuerdo con el objetivo de generar evidencia sobre efectividad de tratamientos ambulatorios de pacientes psicóticos en dispositivos de Salud Mental con cobertura de PMO.

## **1.2. Condiciones de trabajo de la institución**

Los procesos psicoterapéuticos realizados para este estudio han sido diseñados como tratamientos psicológicos breves y focalizados, preestablecidos en 12 entrevistas. El número de entrevistas puede variar en función del cumplimiento de los objetivos del tratamiento, existiendo la posibilidad de extenderse hasta 30 entrevistas según lo establecido por el PMO. Pese a que la modalidad de psicoterapia breve y focalizada es una metodología de trabajo transteórica, en el presente trabajo los criterios utilizados en estos tratamientos siguieron los lineamientos psicoanalíticos, de acuerdo con el modelo de psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada de Héctor Fiorini (1973, 1994, 2015, 2018).

## **1.3. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra**

El criterio de inclusión de la muestra se aplicó a personas afiliadas a obras sociales que cumplieran con criterios para diagnóstico de trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico (DSM-5), que los mismos hubieran concluido la escuela primaria y que tuvieran entre 18 y 50 años. Por su parte, los criterios de exclusión aplicaron a personas que no cumplan con los criterios de inclusión de la muestra, pero que además presentaran: A) Reiterados tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos previos (al menos más de 3 consultas previas, o 2 tratamientos realizados anteriormente); B) Enfermedades neurológicas que pudieran estar incidiendo en el cuadro psicopatológico; y, C) Certificado Único de Discapacidad (CUD), que incluyera diagnóstico en salud mental u otras discapacidades que pudieran tener incidencia en el cuadro psicopatológico.

## **1.4. Características de los instrumentos**

Para la parte cuantitativa del estudio, los instrumentos utilizados fueron la escala PANSS y la COP-13. En una revisión sistemática reciente (Barreira *et al.*, 2023a), hemos caracterizado ambos instrumentos. El procedimiento de evaluación fue diseñado como una evaluación transversal y longitudinal, identificándose diferentes momentos de generación de evidencia: la admisión, el proceso psicoterapéutico, el cierre y un monitoreo posterior a la conclusión del mismo. Las evaluaciones transversales se realizaron quincenalmente, a fin de poder establecer una curva en el rendimiento de estos pacientes en los tratamientos. La diferencia entre ambos instrumentos apuntó a generar evidencia sobre los síntomas de los pacientes desde una perspectiva de la psiquiatría descriptiva (PANSS) y desde la psicopatología psicodinámica (COP 13). De este modo se generó una triangulación metodológica que permitiera evaluar la

evolución de los síntomas desde diferentes perspectivas. Para la parte cualitativa del estudio, de carácter exploratoria, el procedimiento consistió en documentar en diferentes planillas los motivos de consulta, los acuerdos de focalización para las psicoterapias y los logros obtenidos desde la perspectiva del paciente y del terapeuta. En relación con los motivos de consulta y el trabajo de focalización, estas cuestiones fueron preguntadas de manera directa a los consultantes y lo que ellos mismos refirieron fue transcrito por los terapeutas. En relación con los logros de los tratamientos, al finalizar los mismos se entregó a cada paciente una planilla para que volcara por escrito con libertad, de manera abierta los logros obtenidos y agregue algún comentario, en caso de que lo desee. Por su parte, el terapeuta llenaba una planilla similar. Posteriormente, se procedía por teoría fundamentada a trabajar la evidencia generada, agrupando respuestas y estableciendo dimensiones tal como se realizó en otro estudio anterior (Barreira *et al.*, 2022c).

### **1.5. Definición de variables independiente, dependiente y variables evaluadas en el estudio**

Las variables independiente y dependiente identificadas en el planteo de investigación serán: a) variable independiente: cuadro psicótico del paciente que consulta. Luego se aplica el tratamiento psicológico breve y focalizado; de lo que resulta, b) variable dependiente: cambios generados (o no) por el tratamiento en el paciente. Para darle forma concreta a este esquema, se operativiza el diseño considerando dos modalidades de evaluación: 1. Evaluaciones cuantitativas de la PANSS y de la Cop 13: las variables evaluadas serán síntomas positivos y generales en la PANSS, y las variables destructividad, modalidades de catectización y descatectización, estados del yo, situación social y equilibrios interactivos paciente-familia-dispositivo en la Cop 13. Las mismas se evaluarán desde el ingreso y a lo largo del tratamiento para describir cómo se van dando durante el proceso psicoterapéutico. 2. Evaluaciones cualitativas de motivos de consulta, focalización y logros obtenidos según los pacientes y los terapeutas.

En este estudio se presentan resultados de la evaluación cualitativa de estos últimos, los constructos resultantes y la presentación de frecuencias con la que los mismos se presentaron.

### **1.6. Alcances del estudio**

El estudio se califica como caso testigo, lo que implica que sus resultados no pretenden ser generalizados. Esto se debe al diseño metodológico, las variables establecidas y los instrumentos elegidos para el trabajo. Asimismo, se trata de una investigación que se basa en situaciones clínicas de 15 pacientes de salud mental de gravedad de moderada a severa. El valor del estudio radica en testimoniar qué tan efectiva resulta la implementación de estos tratamientos en poblaciones que a priori no parecerían adecuadas para estos abordajes y establecer índices de efectividad a partir de estas

descripciones. En consecuencia, su limitación consiste en que se trata de evidencia de calidad no generalizable, sin pretensiones de que tenga validez epidemiológica.

## 1. 7. Procedimiento

En relación al procedimiento, el mismo tuvo en cuenta la siguiente secuencia: 1. Consulta espontánea por parte de una persona afiliada a una Obra Social que tiene convenio con la institución de cobertura por PMO. 2. A esa persona se le asigna un turno para realizar una entrevista de admisión. 3. En esa entrevista, el admisor procede de acuerdo con la política de trabajo del centro. En caso de ser admitidos para psicoterapia individual, se indicará una prestación que será realizada en 12 entrevistas con la metodología propia de la psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada. 4. Se explica la metodología de trabajo. 5. Se firma un consentimiento de prestación en el que figura que, en caso de ausentarse dos veces sin aviso previo o tres veces con aviso, se suspenderá la prestación. 6. En caso de cumplir con los criterios de inclusión de la muestra, se le ofrece participar y se presenta un consentimiento informado, luego se consigna el motivo de consulta y se acuerdan objetivos de trabajo focalizado, llenándose ambas planillas de puño y letra del terapeuta. 7. El terapeuta administra PANSS y COP 13, luego de la primera entrevista. 8. Posteriormente, se realizan evaluaciones quincenales con PANSS y COP 13. 9. Al finalizar el tratamiento se realizan evaluaciones con PANSS, COP 13 y se evalúan logros desde la perspectiva del paciente y del terapeuta, ambos llenan planillas de puño y letra propia por separado para no influir la opinión de uno por sobre el otro. 10. Al año de finalizado el tratamiento, se realiza una entrevista telefónica de seguimiento para evaluar las valoraciones del paciente sobre la importancia del tratamiento realizado.

## 1. 8. Caracterización de la población y la muestra

La investigación se inició en febrero de 2022, utilizándose los primeros dos meses para el inicio de las actividades y la realización de una prueba piloto. Producto de la misma, se realizaron ajustes menores en el modus operandi del trabajo de generación de evidencia, por lo cual se decidió incorporar a la muestra definitiva un caso que inició en ese período (Barreira *et al.*, 2022b). En abril de 2022 se inició la fase de investigación propiamente dicha con la generación de evidencia. En noviembre de 2023 se realizó un corte para poder presentar avances de investigación y se finalizó con ello el periodo de toma de la muestra. En consecuencia, se presentan resultados sobre evidencia generada a lo largo de 20 meses de trabajo entre abril de 2022 y noviembre de 2023.

En la **Tabla 1** y en la **Figura 1** puede advertirse la cantidad de personas que ingresaron a la institución por mes. En la **Tabla 1** puede verse el detalle de las personas que efectivamente solicitaron y realizaron su entrevista de admisión al centro entre los meses de abril de 2022 y noviembre de 2023. En la **Figura 1**, por su parte, puede observarse diferenciado en color rojo cuáles de esos pacientes fueron personas que presentaron criterios de inclusión para la muestra y que fueron incorporados a la misma.

Se realizó un conteo de las consultas que se presentaron en la clínica de manera espontánea o por derivación de otros profesionales. De éstas se consignó género, edad y diagnóstico de los consultantes. Las admisiones contabilizaron un total de 218 consultas, promediando las 11 admisiones mensuales. De ese total, hubo 15 casos que aplicaron a los criterios de inclusión que consistió en presentar diagnóstico de trastornos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. De estos 15 casos, uno solo solicitó no formar parte de la muestra, por lo que quedaron 14. Por otra parte, a estos 14 casos se sumó uno de la prueba piloto de febrero de 2022, conformándose la presente muestra de 15 casos que se analizarán a continuación.

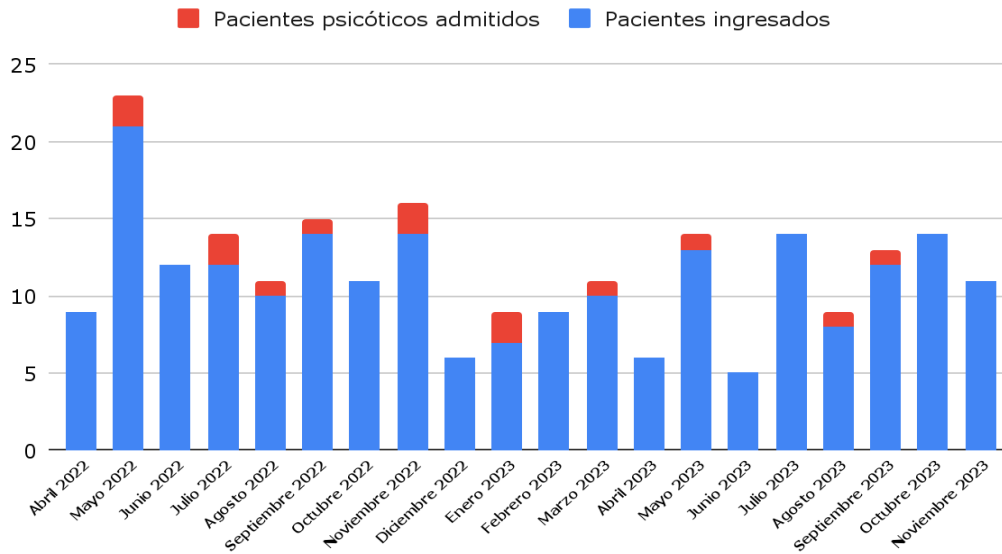
**Tabla 1***Ingresos por mes*

Ingresos por mes	N	%
Abril 2022	9	4,13 %
Mayo 2022	21	9,63 %
Junio 2022	12	5,50 %
Julio 2022	12	5,50 %
Agosto 2022	10	4,59 %
Septiembre 2022	14	6,42 %
Octubre 2022	11	5,05 %
Noviembre 2022	14	6,42 %
Diciembre 2022	6	2,75 %
Enero 2023	7	3,21 %
Febrero 2023	9	4,13 %
Marzo 2023	10	4,59 %
Abril 2023	6	2,75 %
Mayo 2023	13	5,96 %
Junio 2023	5	2,29 %
Julio 2023	14	6,42 %
Agosto 2023	8	3,67 %
Septiembre 2023	12	5,50 %
Octubre 2023	14	6,42 %
Noviembre 2023	11	5,05 %
Total:	218	100,00 %

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 1**  
 Pacientes ingresados y pacientes psicóticos admitidos



Fuente: Elaboración propia.

La población general de personas que solicitaron y realizaron entrevistas de admisión fueron diagnosticadas con el manual DSM-5; en consecuencia, puede hacerse una lectura de los diagnósticos prevalentes en esa población. Al momento de calcular los diagnósticos, debe advertirse que a cada persona evaluada le ha correspondido al menos un diagnóstico (171 personas de las 218 que componen la muestra), pero en algunos casos se han referido dos diagnósticos (46 personas) y un único caso con tres diagnósticos, lo que nos arroja un total de 266 diagnósticos en 218 personas.

Tal como puede observarse en la **Tabla 2**, en la población general se observó una preponderancia del diagnóstico de “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (32,71 %). Se infiere que esto se debe a que el abordaje realizado en la clínica se encuentra ligado a la atención primaria de salud. Se observa junto con ello que el capítulo de los “Trastornos de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” representó a un 5,64% de los diagnósticos generales (15 en 266), mientras que representó una prevalencia de un 6,88 % (15 en 218), habiendo presentado en cada caso un solo diagnóstico (ni dos, ni tres figuras diagnósticas en el mismo caso).

**Tabla 2**  
 Distribución de diagnósticos DSM en la población consultante

	Diagnósticos por capítulo del DSM-5	N	%
1	Trastornos del desarrollo neurológico	17	6,39 %
2	Trastornos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	15	5,64 %
3	Trastornos bipolar y trastornos relacionados	4	1,50 %
4	Trastornos depresivos	43	16,17 %
5	Trastornos de Ansiedad	47	17,67 %
6	Trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos	1	0,38 %

relacionados			
7	Trastornos relacionados con traumas y factores del estrés	2	0,75 %
8	Trastornos disociativos	0	0,00 %
9	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	1	0,38 %
10	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	0	0,00 %
11	Trastornos de la excreción	1	0,38 %
12	Trastornos del sueño-vigilia	1	0,38 %
13	Disfunciones sexuales	0	0,00 %
14	Disforia de género	1	0,38 %
15	Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	5	1,88 %
16	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	0	0,00 %
17	Trastornos neurocognitivos	5	1,88 %
18	Trastornos de la personalidad	36	13,53 %
19	Trastornos parafilicos	0	0,00 %
20	Otros trastornos mentales	0	0,00 %
21	Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos	0	0,00 %
22	Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	87	32,71 %
<b>Total:</b>		266	100,00 %

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 3** se puede ver cómo esos 15 casos se distribuyen por diagnóstico entre esquizofrenia (casos 1, 3, 6, 7, 8 y 15, el 40 %), trastorno delirante (casos 2, 11 y 13, el 20 %), y trastorno psicótico no especificado (casos 4, 5, 9, 10, 12 y 14, el 40 % restante de la muestra).

**Tabla 3**  
*Diagnósticos de la muestra*

Dx	Casos	Q de Casos	%
F20 Esquizofrenia	1, 3, 6, 7, 8 y 15	6	40,00%
F22 Trastorno delirante	2, 11, 13	3	20,00%
F29 Trastorno psicótico no especificado	4, 5, 9, 10, 12 y 14	6	40,00%
<b>Total:</b>		15	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

En relación a las edades de los consultantes, la **Tabla 4** muestra cómo se destacan las consultas de adolescentes en un 14,22 % (franja de 15 a 19 años), siendo algo menos de un sexto de la población. En segundo lugar, aparece la franja de adultos de 40 a 44 años (11,93 %), seguido de las tres franjas subsiguientes: 45 a 49 años (10,09 %), 50 a 54 años (9,17%) y 55 a 59 años (7,34 %). El segmento de adultos que va de los 40 a 59 años acumula 84 de los 218 consultantes, lo que representa casi el 38,53 % del total; es

decir, entre un tercio y dos quintos de la población consultante total. En lo respectivo al género, resulta destacable que 10 de los 218 consultantes eran mujeres (68,81 %), mientras 67 de los 218, el 30,73 % fueron hombres, identificándose un único caso de persona trans (0,64 %).

**Tabla 4**  
 Distribución de la población consultante por franja etárea

Edad	N	%
0 a 4	2	0,92 %
5 a 9	7	3,21 %
10 a 14	17	7,80 %
15 a 19	31	14,22 %
20 a 24	9	4,13 %
25 a 29	5	2,29 %
30 a 34	16	7,34 %
35 a 39	13	5,96 %
40 a 44	26	11,93 %
45 a 49	22	10,09 %
50 a 54	20	9,17 %
55 a 59	16	7,34 %
60 a 64	11	5,05 %
65 a 69	13	5,96 %
70 a 74	5	2,29 %
75 a 79	4	1,83 %
80 a 84	1	0,46 %
85 en adelante	0	0,00 %
Total:	218	100,00 %

Fuente: Elaboración propia.

En relación a las consultas efectivas, la **Tabla 5** muestra que muchas de las personas que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra, concurrían a buscar tratamiento, pero generalmente a raíz de una derivación médica o de una sugerencia familiar. Al indagar en cada caso, pudimos establecer quiénes eran los agentes de la consulta de la siguiente manera: los médicos tratantes (10 de 15 casos, el 66,66 %), algún familiar (1 de 15, el 6,67 %), o el propio paciente (4 de 15, el 26,67 %). Esto evidencia que solo uno de cada 4 consultas era realizada por pacientes psicóticos por iniciativa propia.

**Tabla 5**  
 Agentes de la consulta

Quién demanda tratamiento	Casos	Q de Casos	%
Médico Tratante	1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12 y 15	10	66,67 %
Familiar	8	1	6,67 %
El propio paciente	2, 7, 13 y 14	4	26,67 %
Total:		15	100,00 %

Fuente: Elaboración propia.

## 2. Resultados

Se presentan resultados sobre tratamientos de 15 pacientes de acuerdo con los motivos de consulta, los acuerdos de focalización y los logros por parte de los pacientes y de los terapeutas. Se presentará caracterizará la muestra de acuerdo con la presentación del estado de los tratamientos y la conducta de los pacientes en los mismos. Posteriormente se presentarán tablas de resultados que presentan los constructos que generados por teoría fundamentada que agrupan respuestas de los pacientes tratados en dimensiones y la frecuencia en la que los mismos aparecen en la muestra.

En la **Tabla 6** podrá advertirse en qué estado se encuentra cada tratamiento. En la muestra actual, 12 de los 15 casos (80 % de la muestra) concluyeron sus tratamientos: porque fueron derivados a otros dispositivos (los casos 7 y 8 fueron derivados a internación psiquiátrica); abandonaron (casos 3, 9 y 10); o concluyeron cumpliendo con sus objetivos (casos 1, 4, 5, 6, 11, 12 y 14). Los tres casos restantes se encontraban en tratamiento al momento de entregar el artículo (casos 2, 13 y 15).

**Tabla 6**  
Muestra: estado de los tratamientos

Estado del Tratamiento	Casos	Q de Casos	%
En tratamiento	2, 13 y 15	3	20,00%
Concluyó	1, 4, 5, 6, 11, 12 y 14	7	46,67%
Abandonó	3, 9 y 10	3	20,00%
Derivado a otro dispositivo	7 y 8	2	13,33%
Total:		15	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

En relación con los 7 casos que concluyeron sus tratamientos (46,67 % de la muestra), los mismos presentaron su conformidad en el cumplimiento acorde a lo pactado al momento del inicio. Sin embargo, manifestaron que al año siguiente, al renovarse las 30 entrevistas anuales que le corresponden por cobertura, volverían a retomarlas sin indicar motivos concretos (Barreira *et al.*, 2023b). Esta situación presenta una paradoja ya que resulta curioso que una persona que se retira de alta de tratamiento se vaya satisfecha pensando en una continuidad y no en un ciclo cerrado. En este sentido, la valoración del procedimiento parece más vinculada con lo que la institución aporta, posibilita, otorga como beneficio (el tratamiento) y la posibilidad de continuar utilizándolo, que de cese de prestación.

La **Tabla 7** muestra el ausentismo presentado por los pacientes. Del mismo no resulta significativo el promedio de éstos en entrevistas, sino el detalle en algunos casos puntuales: mientras ciertos pacientes no se ausentaron nunca (casos 5, 7, 10, 13, 14 y 15), u otros que se ausentaron una única vez (casos 9 y 12), otros casos presentaron un fuerte ausentismo (1, 2, 3, 4, 6 y 8). En relación con los casos con nulo o bajo ausentismo, cabe resaltar que corresponde al rol que Jean-Claude Maleval (2020) le otorga a la relación que se puede dar entre el psicótico y el analista, que responde a lo que

denomina como clínica de la suplencia. Esto consiste en que uno de los modos en que el psicótico puede encontrar como forma de estabilización es la relación terapéutica.

**Tabla 7**  
*Muestra: Ausentismo durante el tratamiento*

Caso	Asistió	Se ausentó	Entrevistas totales
1	40	7	47
2	21	11	32
3	40	6	46
4	25	10	35
5	19	0	19
6	38	5	43
7	5	0	5
8	27	8	35
9	12	1	13
10	2	0	2
11	8	3	11
12	20	1	21
13	25	1	26
14	14	0	14
15	8	0	8
Totales	304	53	357
%	85,15 %	14,85 %	100,00 %
Promedio	30,40	5,30	35,70
Esperable	12	2	15
Diferencia	18,40	3,30	20,70

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los casos que presentaron ausentismo, cabe destacar que ninguno de ellos faltó más veces de las que concurrió. Sin embargo, considerando que el acuerdo con los consultantes es que se puede faltar dos veces en 12 entrevistas (hasta un 16,66 %), el caso 1 se ausentó a 7 de 47 entrevistas (14,89 %); el caso 2, faltó a 10 de 29 sesiones (34,48 %); el caso 3, 6 de 41 (14,63 %); el caso 4, 10 de 35 (28,59 %); el caso 6, 5 de 43 (11,62 %); y el caso 8, 8 ausentes de un total de 35 entrevistas (22,85 %). Respecto de esta muestra de pacientes psicóticos, se advierte que la cantidad de entrevistas duplicó lo planificado originalmente. Entre los motivos que se vinculan a la extensión de los tratamientos, se mencionan varias dificultades, entre las que se destacan: los inconvenientes para cumplir con el marco de trabajo, los pacientes que lograron establecer un acuerdo de objetivos presentaron dificultades significativas para organizarse en relación a éstos; la dificultad para identificar si los objetivos preestablecidos se cumplen; la dificultad para el registro de un hilo conductor que pueda ser el que le dé sentido al tratamiento psicológico; etc.

En la **Tabla 8** podrá apreciarse cómo los motivos de consulta que se fueron presentando se agruparon en sub-dimensiones y éstos a su vez en dimensiones más amplias de acuerdo con la teoría fundamentada. Por ejemplo, los problemas paterno-filiales, conflictos familiares o asuntos en los que había terceros implicados, fueron agrupados dentro de los problemas de relación o vinculares. Los motivos de consulta que predominaron fueron los problemas de regulación emocional, mental y conductual en un 29,44 % (casos 2, 3, 4, 5, 6 y 13). En segundo lugar quedaron diferentes motivos que no se agrupaban en categorías claras en un 26,67 %: problemáticas laborales (caso

1), duelo (caso 1), consultas realizadas por familiares (caso 8), resolución de problemas (casos 14 y 15), y consulta para dejar de tomar la medicación psiquiátrica (caso 11).

**Tabla 8**  
 Motivos de consulta

Dimensión	Motivos de tratamiento	Casos	Q de Casos	Valor	%	%
<b>Vínculos</b>	1 Paterno-filial	14	1	0,33	2,22 %	<b>12,78 %</b>
	2 Familiar	1 y 7	2	1,33	8,89 %	
	3 Con otros	13	1	0,25	1,67 %	
<b>Problemas afectivos</b>	4 Episodios de angustia/ansiedad/miedo	2, 5 y 13	3	1,08	7,22 %	<b>17,78 %</b>
	5 Depresión severa con ideas de muerte	9	1	1,00	6,67 %	
	7 Irritabilidad	14	1	0,33	2,22 %	
	8 Ideas de perjuicio	13	1	0,25	1,67 %	
<b>Problemas de regulación</b>	9 Regulación del emocional	2, 4 y 13	3	0,92	6,11 %	<b>29,44 %</b>
	10 Regulación mental	2, 3 y 4	3	1,17	7,78 %	
	11 Regulación conducta	3, 4, 5 y 6	4	2,33	15,56 %	
<b>Otros</b>	12 Problemática laboral	1	1	0,33	2,22 %	<b>26,67 %</b>
	13 Duelo	1	1	0,33	2,22 %	
	14 Consulta realizada por un familiar	8	1	1,00	6,67 %	
	15 Resolución de problemas	14 y 15	2	1,33	8,89 %	
	16 Toma el tratamiento para dejar medicación	11	1	1,00	6,67 %	
<b>No sabe/No contesta</b>	17 No sabe/No contesta	10 y 12	2	2,00	13,33 %	<b>13,33 %</b>
			28,00	15,00	100,00 %	100,00 %

Fuente: Elaboración propia.

En tercer lugar, aparecieron problemas afectivos en un 17,78 %, tales como episodios de angustia y ansiedad, depresión severa con ideas de muerte, irritabilidad o ideas de perjuicio que impactaban afectivamente (en donde el problema no eran las ideas sino cómo hacían sentir a la persona). En cuarto lugar apareció no sabe /no contesta, representando un alto porcentaje, 13,33 % (casos 10 y 12) y en último lugar aparecieron los problemas vinculares en un 12,78 % (casos 1, 7, 13 y 14).

En relación con los acuerdos focales, las consultas fueron derivando a modalidades en que la mejora de diferentes aspectos ligados a su regulación emocional y cognitiva fue lo más relevante (41,11 %, 9 de los 15 pacientes, casos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13 y 14), tal como se observa en la **Tabla 9**. Debe resaltarse aquí que 8 de los 15 pacientes acordaron que era prioritario lograr una mejora en la regulación de los estados emocionales (casos 2, 3, 4, 6, 7, 9, 13 y 14), mientras que solo 2 aceptaron que

esa mejora debía darse también en la esfera cognitiva (el caso 2, incluido también en el grupo anterior y el 5).

**Tabla 9**  
*Acuerdos focales*

Dimensiones			Casos	Q de Casos	Valor	%	%
Vínculos	Cónyuge		15	1	0,50	3,33 %	
	Familia		1, 6, 7, 12 y 14	5	2,33	15,56 %	26,67 %
	Otros		7, 9 y 13	3	1,17	7,78 %	
Adaptación	Adaptación a situaciones de la vida cotidiana		12	1	0,50	3,33 %	3,33 %
Mejora	Regulación de estados emocionales		2, 3, 4, 6, 7, 9, 13 y 14	8	4,67	31,11 %	41,11 %
	Regulación cognitiva		2 y 5	2	1,50	10,00 %	
Logros	Situación laboral	Afrontar dificultades laborales	1, 9 y 15	3	1,33	8,89 %	8,89 %
Resolución de problemas			11	1	1,00	6,67 %	6,67 %
Objetivo inespecífico			8 y 10	2	2,00	13,33 %	13,33 %
				26,00	15,00	100,00 %	100,00 %

Fuente: Elaboración propia.

Este dato se basa en los motivos de consulta en donde los problemas de regulación emocional, mental y/o conductual, además de problemas afectivos, constituyeron un 47,22 % de lo referido en las admisiones por estos pacientes. La búsqueda de mejora en estos aspectos evidencia cierta conciencia de dificultades en la regulación, lo que también constituye un dato relevante si tenemos en cuenta que la clínica de las psicosis es, entre otras cuestiones, una clínica de la desregulación (Maleval, 2020).

En otro orden de cosas, resulta significativo que la segunda dimensión se remita a los vínculos (26,67 %), dimensión en la que 8 de los 15 casos acordaron con sus terapeutas que era relevante (casos 1, 6, 7, 9, 12, 13, 14 y 15), pero recordemos que en las consultas estuvo mucho menos presente, ya que solo 4 de estos pacientes lo mencionaron en esa instancia (12,78 %, los casos 1, 7, 13 y 14). Es decir, que a los casos 6, 9, 12 y 15 se los indujo a incluir cuestiones vinculares en los tratamientos, ya que los terapeutas los consideraron necesario mientras que los pacientes no. Esta diferencia de 14 % en la percepción de las problemáticas vinculares desde los motivos de consulta (referido por el consultante) y los acuerdos de focalización (inducidos en estos casos por los terapeutas) muestra la discrepancia de percepción de ciertos problemas. Este dato cobra más sentido aún si advertimos que en el tercer lugar de los acuerdos de focalización aparecen los objetivos inespecíficos (13,33 %, casos 8 y 10); es decir, referencias de los pacientes a objetivos que no constituyen metas objetivables con claridad o que no fueron considerados como conducentes por los terapeutas. Por ejemplo, el caso 8 refirió que quería mejorar cosas de su vida cotidiana pero en ningún momento pudo establecer cuáles. O el caso 10 que manifestó querer comprender la causa clínica de un posible cáncer de pulmón (lo que era una idea hipocondríaca), pero el paciente no parecía implicado subjetivamente en su propia consulta; sino que había tomado este tema en función de la sugerencia realizada por un tercero. El terapeuta lo

utilizó (foco inducido) para poder anclar de manera concreta una problemática específica frente a la falta de claridad del paciente en establecer un objetivo preciso.

En definitiva, estos tres modos de focalización que suman el 81,11 % se caracterizan por el hecho de que el terapeuta debió operar de manera activa induciendo los objetivos a acordar con los pacientes. Esto resulta propio de este tipo de cuadros psicopatológicos en los que la vaguedad y falta de claridad son una característica común. Vale resaltar que la necesidad de inducir focos fue un tema precisado por Héctor Fiorini (2015).

En la **Tabla 10** se presentan los logros de tratamiento, puntualmente lo que tanto los pacientes como los terapeutas manifestaron.

**Tabla 10**

*Logros según los pacientes*

Logros según el paciente		Casos	Q de Casos	Valor	%
Afectividad	Regulación emocional	4	1	0,50	4,17%
	Contención afectiva	11	1	0,50	4,17%
Clarificación		4 y 14	2	1,50	12,50%
Aprendizaje		1	1	0,33	2,78%
Resolución		12	1	0,50	4,17%
Adaptación	Reinserción social	1	1	0,33	2,78%
	Adaptación	11 y 12	2	1,00	8,33%
Vínculos		1	1	0,33	2,78%
Sin logros		6	1	1,00	8,33%
Internación psiquiátrica		7 y 8	2	2,00	16,67%
Ns/Nc		5	1	1,00	8,33%
Abandono		3, 9 y 10	3	3,00	25,00%
			17,00	12,00	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta que 3 pacientes de los 15 continúan en tratamiento (casos 2, 13 y 15); los resultados sobre los logros corresponden a los restantes 12 casos que concluyeron de la siguiente manera: 7 con cierre (casos 1, 4, 5, 6, 11, 12 y 14), 3 abandonaron, motivo por el cuál no contamos con evidencia (casos 3, 9 y 10), y 2 casos fueron derivados a internación psiquiátrica (casos 7 y 8), motivo por el cuál tampoco se pudo generar evidencia porque al momento de concluir sus tratamientos estaban descompensados. De acuerdo con esto, los abandonos y las internaciones psiquiátricas ocupan los primeros dos lugares en los logros, lo que representa un 41,67 % de los mismos (casos 3, 7, 8, 9 y 10). Si a esto le sumamos la falta de logros (8,33 %, caso 6) y no sabe/no contesta (8,33 %, caso 8), lo inespecífico trepa a 58,33 %, lo que representa prácticamente a 9 de los 15 pacientes de la muestra. Esta prevalencia de inespecificidades corrobora lo referenciado en los motivos de consulta y la inducción a focalizar, como un intento de ordenamiento de los terapeutas, pero una dificultad por parte de los pacientes. En el orden de los logros efectivos ubicamos la clarificación en primer lugar con un 12,50 % (casos 4 y 14), logros de adaptación 11,11 % (casos 1, 11 y 12), afectividad 8,33% (casos 4 y 11), resolución de temas concretos 4,17 % (caso 12),



aprendizaje 2,78 % (caso 1) y logros en relación con vínculos en un 2,78 % (caso 1). Este 41,66 % de logros resulta relevante y esperanzador de cara al trabajo con este tipo de pacientes, porque ellos mismos fueron los que resaltaron la importancia de haber podido obtener resultados concretos en este tipo de dispositivos. En relación al tema vincular, puede observarse que este asunto estaba presente en los motivos de consulta en un 12,78 % y cómo mediante la intervención y acuerdo con los terapeutas este factor incrementó la relevancia en los objetivos de tratamientos a realizar, subiendo un 14% hasta llegar a un 26,67 %. El hecho de que los logros para el paciente sobre este aspecto evidencie una valoración menor (siendo la menor de todas, un 2,78 %), deja entrever hasta qué punto la valoración de los vínculos en estos cuadros resulta tan difícil de concebir y de ser valorada. Esto puede advertirse también en la valoración que realizan los terapeutas sobre este aspecto, donde tal como puede observarse en la **Tabla 10** y **Tabla 11**, el alcance de los logros sobre los aspectos vinculares solo cubre un 2,78 % recayendo especialmente sobre los alcances desarrollados por el caso 1.

La **Tabla 11** presenta resultados sobre la valoración de los logros desde la perspectiva de los terapeutas. Si se suman las primeras tres dimensiones de logros valoradas por ellos, abandonos (25 %), sin logros (20,83 %) e internación psiquiátrica (16,67 %), la suma representa un porcentaje mayor del referido por los pacientes en más de un 4 % (62,50 %).

**Tabla 11**  
*Logros según los terapeutas*

Logros según el terapeuta		Casos	Q de Casos	Valor	%
Afectividad	Regulación emocional	4 y 5	2	1,00	8,33%
	Mejora de situaciones emocionales	1 y 11	2	0,67	5,56%
Clarificación	Clarificación	14	1	0,50	4,17%
Resolución	Resolución de problemas	1, 5 y 11	3	1,17	9,72%
Adaptación	Reinserción social	11	1	0,33	2,78%
	Mayor conexión con la realidad	4	1	0,50	4,17%
Vínculos	Mejora de los vínculos	1	1	0,33	2,78%
Sin logros		6, 12 y 14	3	2,50	20,83%
Internación psiquiátrica		7 y 8	2	2,00	16,67%
Abandono		3, 9 y 10	3	3,00	25,00%
			19,00	12,00	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Resulta relevante el hecho de que el 8,33 % referido a la falta de logros por parte de los pacientes (caso 6) ascienda en más del doble en la perspectiva que los terapeutas tienen sobre el alcance realizado por los pacientes sobre sus focos, alcanzando un 20,83 % (casos 6, 12 y 14). Los casos 12 y 14, que habían percibido tener respectivamente logros en relación a adaptación y clarificación, fueron valorados por los terapeutas como falta de logros. En consecuencia, la adaptación y clarificación presentan menor prevalencia entre la valoración de los terapeutas (6,95 % y 4,17 % respectivamente), que en la perspectiva de los pacientes en relación a los mismos ítems (11,11 % y 12,50 %

respectivamente). En otro orden, los terapeutas observaron logros vinculados con la afectividad en un 13,89 %, mientras que los pacientes lo habían estimado en un 8,33% (una diferencia de 5,56 % en favor de la valoración de los terapeutas) y en la misma tendencia observaron logros vinculados a la resolución en un 9,72 %, mientras que los pacientes lo valoraron en un 4,17 % (un 5,55 % de diferencia). En relación al aprendizaje percibido por los pacientes psicóticos (2,78 %), dicha dimensión no fue mencionada en la valoración de los terapeutas.

## 4. Conclusiones

De acuerdo con la presentación de los resultados de la investigación en curso, se pueden considerar las siguientes cuestiones. Los motivos de consulta de los pacientes psicóticos suelen presentar problemas de regulación emocional, mental, conductual y problemas afectivos, entre otros. La dificultad en la regulación de diferentes aspectos de sus vidas mentales es un trastorno que resulta evidente a la luz del perfil psicopatológico de estas personas (téngase en cuenta que el 13,33 % no presentó motivo de consulta específico y la misma proporción de pacientes presentó vaguedad e inespecificidad para definir sus focos de trabajo). Una cuestión que resulta curiosa es que los motivos de consulta no se encuentran presentes en su discurso al comienzo del tratamiento. Lo más probable es que lo referido por los pacientes hubiera resultado consecuencia de la indicación médica, partiendo de la base de que 10 de los 15 pacientes (66,66 %), fueron derivados a psicoterapia por sus médicos tratantes tal como lo indica la **Tabla 9**. En relación a lo referido a las consultas por cuestiones vinculares, cabe destacar cómo éstas se presentaron en un 12,78 %, pero al momento de establecer los focos de trabajo, los asuntos vinculares subieron un 14 % hasta un 26,67 %. Pero al evaluar logros, el único paciente que pudo apreciar un logro en el plano vincular fue el caso 1 (2,78 %), opinión que coincidió con su terapeuta, el cual también fue el único en advertir un logro a nivel vincular en toda la muestra.

En relación a los acuerdos de focalización, resulta significativo el trabajo que los terapeutas debieron realizar con los pacientes, induciendo la elección y armado de focos. Esta labor resulta esperable ya que, de acuerdo con el dispositivo de psicoterapias breves y focalizadas, es esencial establecer un hilo conductor en los tratamientos que permita objetivar el trabajo realizado y la evolución del mismo a lo largo del tratamiento. No obstante, el hecho de que los terapeutas hubieran inducido a sus pacientes en el establecimiento de los focos de trabajo, encuentra sentido en el hecho de que los pacientes psicóticos suelen presentar severos trastornos en su iniciativa, organización, planificación y en sus esferas volitivas. En definitiva, el rol de los terapeutas puede auxiliar a estos pacientes a orientarse, lo que no significa que esta cuestión resulte de acuerdo con lo planeado. La misma inespecificidad se puede advertir en las tres dimensiones que predominan entre los acuerdos de focalización, mejoras, vínculos y objetivos inespecíficos.

Estos problemas advertidos encuentran su sentencia al momento de ver los logros, en donde las cifras, pese a lo pequeño de la muestra, son desalentadoras. Los

abandonos, las internaciones psiquiátricas, la falta de logros y no sabe/no contesta trepan a 58,33 %, que incluye a 9 de los 15 pacientes de la muestra. La prevalencia de inespecificidades corrobora lo referenciado en los motivos de consulta y la inducción en la focalización de los terapeutas, quienes a pesar de los intentos en ordenar el trabajo, tuvieron severas dificultades para llegar a buen puerto. En relación a los logros afectivos, los cuales se dieron en menor proporción, los mismos resultaron un aporte efectivo para la valoración de los pacientes, pero esta percepción resulta menor para los terapeutas, esas mismas dimensiones son reconocidas, pero en menor medida que en la apreciación de los pacientes.

En consecuencia, si en este estudio nos preguntamos por la efectividad de este tipo de tratamientos de acuerdo con la lógica del PMO, debemos advertir de acuerdo con la evidencia generada que estos casos son más adecuados para ser asistidos en un nivel secundario de salud, en lugar de ser admitidos y tratados en un sistema de APS. El trabajo de seguimiento de estos pacientes requiere intervenciones más prolongadas y un abordaje que incluya variables ambientales para ajustar el acompañamiento de los mismos. En el eventual caso de que continúen siendo admitidos en este tipo de dispositivos, se considera que el enfoque de los mismos debería concebir una lógica alternativa que contemple más recursos en el corto y mediano plazo, y que permitan evitar desestabilizaciones (tal como ocurrió en los casos 7 y 8) y abandonos (tal como sucedió en los casos 3, 9 y 10).

## Referencias

- Aboraya, A. y Nasrallah, H. A.** (2016). Perspectives on the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Use, misuse, drawbacks, and a new alternative for schizophrenia research. *Ann Clin Psychiatry*, 28(2), 125-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26855990/>
- American Psychological Association.** (2014). *Manual Diagnóstico Estadístico 5*. Editorial Panamericana.
- Barkham, M., Delgado, J., Firth, N. y Saxon, D.** (2018). La evidencia basada en la práctica y la ley de variabilidad en el tratamiento psicológico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVII(2), 115-135. DOI: 10.24205/03276716.2018.1059
- Barreira, I., Bevacqua, L. N., Bidal, M. C., Varela, P. D., Amaya, C. G., Mezzini, F., Vignati, P., Juárez, V., Cabrera, M. V. y Martínez, M. I.** (2022a). Revisión sistemática sobre psicoterapias breves en psicosis. *Psicología y Psicopedagogía*, VII(1-2), 29-39. <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/article/view/6366/8742>
- Barreira, I., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M. C., Varela, P., Corneo, M. P., Vignati, P., y Martínez, M.** (2022b). Efectividad de tratamientos psicológicos de pacientes psicóticos en dispositivos ambulatorios de Salud Mental con cobertura PMO: Justificación y Prueba piloto. *Memorias del XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en psicología*, 1, 36-40. <http://jimemorias.psi.uba.ar/>
- Barreira, I., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M. C. y Varela, P.** (2022c). Evaluación de efectividad en tratamientos psicológicos breves y focalizados: resultados

- cualitativos y cuantitativos. *Tesis Psicológica*, 17(2), 1-32.  
<https://doi.org/10.37511/10.37511/tesis.v17n2a5>
- Barreira, I., Stieben, K. M. C., Rosso, C., Ruiz, S., Segabinazi, S., Blanco, A., Maidana, E., Blanco, V. y Cisneros, C.** (2023a). Revisión sistemática sobre evaluación de pacientes esquizofrénicos en internación psiquiátrica con PANSS y COP 13. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 26(3), 929-957.  
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/86635>
- Barreira, I., Comastri, S., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M. C., Varela, P., y Vignati, P.** (2023b). Tratamientos psicológicos con cobertura del plan médico obligatorio en pacientes psicóticos. *Memorias del XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en psicología*, 3, 31-35. <http://jimemorias.psi.uba.ar/>
- Fernández-Álvarez, H. y Castonguay, L. G.** (2018). Investigación orientada por la práctica: avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVII(2), 107-114. DOI: 10.24205/03276716.2018.1069
- Fiorini, H.** (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Fiorini, H.** (1994). *Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Nueva Visión.
- Fiorini, H.** (2015). *Foco, situación y proyecto. Otros ejes para la clínica psicoanalítica*. Ediciones del Boulevard.
- Fiorini, H.** (2018). *Psicoterapias psicoanalíticas. Las prácticas clínicas prevalentes del psicoanálisis contemporáneo. Otros ejes para la clínica psicoanalítica*. Ediciones del Boulevard.
- Hernández-Sapieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P.** (2019). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A.** (1987). The Positive and Negative Síndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 13, 261-276.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3616518/>
- Löfholm, C. A., Brännström, L., Olsson, M. y Hansson, K.** (2013). Treatment-as-usual in effectivenessstudies: What is it and does it matter? *International Journal of Social Welfare*, 22(1), 25-34. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00870.x>
- López, A.** (2006). *Tesis doctorales*. Leuka.
- Maleval, J. C.** (2020). *Coordenadas de la psicosis ordinaria*. Grama Ediciones.
- Souffir, V., Gauthier, S., y Odier, B.** (2018). *Evaluar las psicosis con la Cop 13. Una Clínica Organizada de las psicosis*. Polemos.
- Servicio** Andaluz de Salud (2010). Instrumento de evaluación nº 8 de la publicación "Detección e intervención temprana en las psicosis". *Servicio Andaluz de Salud*.