

***PUBLICACIÓN ANTICIPADA EN LÍNEA*** (Versión previa a la diagramación). La Revista Tesis Psicológica informa que este artículo fue evaluado por pares externos y aprobado para su publicación en las fechas que se indican en la siguiente página. Este documento puede ser descargado, citado y distribuido, no obstante, recuerde que en la versión final pueden producirse algunos cambios en el formato o forma.

# Evaluación de efectividad en tratamientos psicológicos breves y focalizados: resultados cualitativos y cuantitativos<sup>1</sup>

Evaluation of effectiveness in brief and focused psychological treatments: qualitative and quantitative results

Ignacio Barreira<sup>2</sup>  
Leandro Bevacqua<sup>3</sup>  
César Amaya<sup>4</sup>  
Camila Bidal<sup>5</sup>  
Paula Varela<sup>6</sup>

Recibido: Marzo 03 de 2021    Revisado : Mayo 12 de 2021    Aprobado: Julio 28 de 2022

**Cómo citar este artículo:** Barreira, I., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, C. & Varela, P. (2022). Evaluación de efectividad en tratamientos psicológicos breves y focalizados: resultados cualitativos y cuantitativos. *Tesis Psicológica*, 17(2) X-X. <https://doi.org/10.37511/tesis.v17n2a5>

## Resumen

<sup>1</sup> Agradecimiento: Universidad del Salvador. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Proyectos de Investigación 1711 y 1929.

<sup>2</sup> Doctor en Psicología. Universidad del Salvador. Sanatorio San Gabriel. ORCID: 0000-0002-2965-6412  
Correspondencia: [ignacio.barreira@usal.edu.ar](mailto:ignacio.barreira@usal.edu.ar)

<sup>3</sup>Especialista en Clínica Psicoanalítica. Universidad del Salvador. Sanatorio San Gabriel. ORCID: 0000-0001-7696-3477. Correspondencia: [lnbevacqua@hotmail.com](mailto:lnbevacqua@hotmail.com)

<sup>4</sup>Lic. en Psicología. Universidad del Salvador. Sanatorio San Gabriel. ORCID: 0000-0003-4241-1521 Correspondencia: [cesarius1@hotmail.com](mailto:cesarius1@hotmail.com)

<sup>5</sup>Especialista en Psicodrama y Clínica Psicoanalítica. Universidad del Salvador. ORCID: 0000-0002-9381-098X  
Correspondencia: [maria.bidal@usal.edu.ar](mailto:maria.bidal@usal.edu.ar)

<sup>6</sup>Especialista en Clínica Psicoanalítica. Universidad del Salvador.Sanatorio San Gabriel. ORCID: 0000-0002-6305-0238  
Correspondencia: [pauladvarela@hotmail.com](mailto:pauladvarela@hotmail.com)

*Antecedentes:* Se presentan resultados de evaluación cualitativa sobre efectividad en psicoterapias breves y focalizadas en el contexto de políticas de atención primaria de la salud. *Objetivo:* Evaluar la efectividad de los tratamientos implementados, y no la eficacia de los mismos. Los procesos psicoterapéuticos estudiados han sido diseñados como tratamientos preestablecidos en 12 sesiones de psicoterapia de corte psicoanalítico incluyendo: admisión, proceso psicoterapéutico, cierre y monitoreo. *Método:* La población incluida se compone de consultantes masculinos y femeninos de entre 18 y 75 años con diagnóstico DSM-5 incluidos en los capítulos de Trastornos de ansiedad, Otros Trastornos depresivos no especificados. El método de trabajo utilizado para cualificar la evidencia fue la teoría fundamentada. *Resultados:* Corresponden a una muestra constituida por 81 casos en donde se establecen dimensiones y categorías de logros. Se detallan resultados cualitativos de la primera investigación. A partir de la evidencia generada se definieron constructos que permiten establecer frecuencias en motivos de consultas, focos de trabajo y evaluación de logros de tratamientos psicológicos desde las perspectivas del paciente y del terapeuta. *Conclusiones:* Se pudo mostrar el proceso que va desde los motivos de consulta, cómo estos se filtran por medio del acuerdo de objetivos focales de tratamiento, y cómo se presentan posteriormente en términos de logros.

**Palabras Clave:** Psicoterapia psicoanalítica – Psicoterapias breves y focalizadas – Efectividad en psicoterapia – Atención Primaria de Salud – Salud mental - Percepción de logros.

### **Abstract**

Background: Qualitative evaluation results are presented on the effectiveness of brief and focused psychotherapies in the context of primary health care policies. Objective: To evaluate the effectiveness of the implemented treatments, and not their efficacy. The psychotherapeutic processes studied have been designed as pre-established treatments in 12 sessions of psychoanalytic psychotherapy including: admission, psychotherapeutic process, closure and monitoring. Method: The included population is

made up of male and female consultants between 18 and 75 years of age with a DSM-5 diagnosis included in the chapters on Anxiety Disorders, Other Unspecified Depressive Disorders. The working method used to qualify the evidence was the grounded theory. Results: They correspond to a sample made up of 81 cases where dimensions and categories of achievements are established. Qualitative results of the first investigation are detailed. From the evidence generated, constructs were defined that allow establishing frequencies in reasons for consultations, work focuses and evaluation of achievements of psychological treatments from the perspectives of the patient and the therapist. Conclusions: It was possible to show the process that goes from the reasons for consultation, how these are filtered through the agreement of focal objectives of treatment, and how they are subsequently presented in terms of achievements.

**Key words:** Psychoanalytic psychotherapy - Brief and focused psychotherapy - Effectiveness in psychotherapy - Primary health care - Mental health - Perception of achievements.

**Conflicto de Intereses:** El presente artículo no cuenta con conflictos de intereses.

## Introducción

La investigación empírica de tratamientos psicológicos se ha ido desarrollando de manera creciente a lo largo del siglo XX, pero se intensificó a partir de las décadas de 1970 y 1980 (Poch y Ávila Espada, 1998; Fernández-Álvarez, 1992, 2005). En la República Argentina existen diferentes grupos de investigación en torno al estudio de procesos de psicoterapia pero los mismos no dejan de constituirse en esfuerzos específicos y puntuales (Fernández-Álvarez, 2008, 2011; Juan et al., 2009; Juan et al., 2010; Gómez Penedo y Roussos, 2012; Barreira, 2016).

Debe resaltarse en relación con ello el desarrollo de Héctor Fiorini mediante un modelo de psicoterapias breves y focalizadas de corte psicoanalítico basado en la escuela psicoanalítica norteamericana (Barreira, 2016). Sus abordajes han sido especialmente desarrollados en la cátedra *Clínica psicológica y psicoterapia* de la Facultad de Psicología de la UBA (en donde se desempeñó como profesor titular entre 1986 y 2003), y en el *Centro de Estudios Psicoanalíticos* (CEP), institución que dirige desde hace 50 años hasta la actualidad (Fiorini, 1973, 2015, 2018; Irigoyen 2017). Este modelo de trabajo ha sido desarrollado en detalle en sus coordenadas teórico-clínicas en la República Argentina, influyendo a nivel nacional e internacional en países vecinos. Vale rescatar a modo de declaración de principios lo manifestado por Rita Irigoyen al respecto: *“El criterio normativo para la modalidad terapéutica no debería ser entonces teórico sino clínico, es decir en ajuste permanente al funcionamiento psíquico de determinado paciente, en determinado momento”* (2017, p. 35). Entendemos que esta línea de trabajo teórico-clínica ha persistido en la investigación de estos procesos, pero no ha realizado estudios empíricos para evaluar eficacia o efectividad.

La presente investigación busca realizar una evaluación sobre la efectividad de procesos psicoterapéuticos breves y focalizados en el contexto de políticas de Atención Primaria de la Salud (APS). El objetivo general de la investigación es generar evidencia sobre resultados de tratamientos psicológicos breves y focalizados en el contexto de dispositivos de Atención Primaria de la Salud (APS) en la República Argentina. Este estudio es sobre efectividad en psicoterapia, no sobre eficacia, su su objeto de investigación consiste en generar evidencia sobre cómo los tratamientos en cuestión se realizan respondiendo a políticas nacionales de APS. En consecuencia, no se evalúan variables internas operantes en cada tratamiento, sino averiguar qué es lo que efectivamente resulta de los tratamientos realizados de acuerdo con las representaciones de los consultantes y terapeutas (Fernández Méndez et al., 2010, 2011). La pesquisa se orienta en la comparación de los objetivos de los tratamientos establecidos al inicio de los mismos con sus resultados; de esta manera, se entiende que la efectividad de los tratamientos psicológicos es considerada en el sentido específico de evaluar los efectos concretos de los tratamientos en los términos en los que sus protagonistas ponderan. El rol que juega la teoría en este dispositivo es el de

fundamentar conceptualmente el sesgo de trabajo utilizado en el centro en el que se realizó la investigación, pero no juega un rol relevante en relación con las variables identificadas para ser evaluadas. El dispositivo clínico en el que se realizó el trabajo se dedicaba a cubrir tratamientos breves y focalizadas prestados a obras sociales y prepagas de acuerdo con el Plan Médico Obligatorio (PMO) de la República Argentina, que constituye el modo concreto de establecer las políticas de Atención Primaria de la Salud (APS). La evidencia generada a tales fines no es generalizable, eventualmente se puede calificar este estudio como un caso testigo: se trata de un centro de salud mental que establece prestaciones en salud mental acordes con el marco que la APS establece a nivel nacional para el sector de la medicina prepaga privada y el sistema de obras sociales. En relación con el tipo de evidencia generada, la misma busca dar cuenta de cuánto y cómo impactan estas prestaciones en la población independientemente del modelo de trabajo de los terapeutas.

A diferencia de los estudios de eficacia que ponen el foco en la arquitectura interna de este tipo de tratamientos, los estudios de efectividad intentan establecer cuál es el resultado concreto de los tratamientos que los usuarios en salud mental realizan, cuestión que va mucho más allá de discusiones sobre el diseño de los mismos. La importancia de estos estudios radica en generar evidencia de calidad sobre el beneficio que estas prestaciones en salud mental aportan a la población en general, por lo que resulta muy significativo que las políticas sanitarias que propongan este tipo de prestaciones realicen estos estudios para sacar en limpio el impacto concreto de estos tratamientos en la población (Barreira, 2020, p. 8).

Siguiendo estos criterios, las variables que se identifican en esta investigación no apuntan a evaluar elementos propios de los tratamientos que responden al modelo teórico al que se referencian las prácticas. Se generará evidencia sobre los efectos del trabajo realizado por el consultante y el terapeuta considerando motivos de la consulta, objetivos acordados y logros obtenidos. Interesa saber, independientemente de la formación y sesgo profesional de los terapeutas, si este dispositivo de trabajo resulta efectivo desde la perspectiva de los pacientes, pero también desde los terapeutas. En consecuencia, para este estudio se realizó un diseño de investigación observacional de tipo descriptivo (Cortada de Kohan et al., 2008), con instrumentos de recolección de

evidencia clínica cuali-cuantitativos. El diseño de la investigación apuntó a la evaluación de objetivos y resultados de psicoterapias psicoanalíticas breves y focalizadas para adultos de acuerdo con las representaciones de los pacientes y los terapeutas (Barreira et. al., 2018). El estudio se inscribe en la línea de las investigaciones orientadas por la práctica (Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018), en la que los clínicos aportan su práctica a la investigación, participando activamente en estos estudios en la figura de terapeutas-investigadores que generan evidencia mientras realizan su práctica cotidiana. Frente a la ausencia de estudios de este tipo, la relevancia de la presente investigación aplica a la generación de evidencia significativa sobre dispositivos vigentes en salud mental que cumplen una función esencial en el sistema de APS público. El sesgo clínico de estos tratamientos sigue los lineamientos de la psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada desarrollada por Héctor Fiorini (1973, 1994, 1999, 2006, 2015, 2018). Se presentan a continuación resultados de un caso testigo que no corresponde generalizar ya que no son representativos de una población general.

## **Metodología**

### **Diseño de trabajo**

Se realizó un diseño de investigación observacional, de tipo descriptivo cuali y cuantitativo que permitió registrar información clínica sobre las siguientes variables: motivos de consulta de las personas que requirieron tratamiento psicológico de manera espontánea, objetivos que acordaron pacientes y terapeutas al inicio de los tratamientos, y de logros y comentarios de los pacientes y terapeutas al finalizar los tratamientos. Al tratarse de un estudio sobre efectividad, y no sobre eficacia, se estimaron variables que no contemplaran elementos del proceso psicoterapéutico, sino que se dio por sentado el hecho de que el psicólogo clínico trabajó con el paciente en función de objetivos consensuados y se evaluaron logros específicos. Los aspectos propios de la dinámica de trabajo no fueron evaluados, se asume que los terapeutas utilizan el modelo de trabajo de psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada de Fiorini tal como fue desarrollado hace décadas en su trabajo *Teoría y técnicas de*

*psicoterapias* (1973), que viene siendo trabajados en el CEP, así como en diferentes centros de Salud Mental de la República Argentina (Fiorini, 2018).

La investigación se radicó en un centro de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los tratamientos se realizaron de acuerdo con la cobertura del PMO ya que se trataban de prestaciones del centro a una obra social. En consecuencia, las psicoterapias psicoanalíticas estudiadas fueron diseñadas como tratamientos preestablecidos en 12 entrevistas con orientación psicoanalítica incluyendo: admisión, proceso psicoterapéutico, cierre y monitoreo. La población incluida en la muestra consta de consultantes masculinos y femeninos mayores de 18 años que presentaron diagnósticos según DSM-5 (2014), incluidos en los capítulos de *Trastornos de ansiedad, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*, el *Trastorno distímico* y el *Trastorno depresivo no especificado* del capítulo *Trastornos del estado del ánimo*. En algunos casos, los tratamientos se extendieron unas entrevistas más allá de las 12 inicialmente programadas, de acuerdo con lo que cada uno de estos requirió para su correcto cierre y alcance de objetivos focales. El equipo de terapeutas-investigadores se conformó por 6 psicólogos. Los mismos fueron entrenados entre Febrero y Marzo de 2017 en el modelo de psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada de Héctor Fiorini (1973, 1994, 1999, 2006, 2015, 2018), y capacitados para la realización del trabajo de campo. Entre Marzo de 2017 y Diciembre de 2018 se realizaron las evaluaciones de los tratamientos. Los instrumentos para recabar información clínica consistieron en planillas en las que se consignaron las variables mencionadas en dos momentos: al inicio del tratamiento, donde se relevaron los motivos de consulta y luego se consensuaron con el paciente los objetivos focales, y al final del tratamiento, donde se evaluaron de manera separada la percepción del paciente y del terapeuta en relación a los logros alcanzados en el dispositivo terapéutico durante el tratamiento.

El equipo de terapeutas-investigadores se reunió semanalmente a lo largo de dos años, entre Febrero de 2017 y Diciembre de 2018 para procesar la información y discutir la evidencia generada.



## **Procedimientos**

### **Recolección de datos**

Los procedimientos se iniciaron con las entrevistas iniciales de admisión de los pacientes de acuerdo con las derivaciones que el centro realizaba a estos profesionales de manera espontánea. En el momento que el terapeuta advertía que el paciente presentaba un cuadro psicopatológico y edad acordes a los criterios de inclusión de la muestra, se le ofrecía al mismo participar de la investigación y se le presentaba el consentimiento informado.

En relación con la recolección de datos se procedió de la siguiente manera: al inicio del tratamiento, se confeccionó una guía en la que el terapeuta-investigador completó el motivo de consulta y los objetivos focales. La misma fue consensuada y firmada en conformidad por cada paciente y terapeuta. Cada paciente realizó su consulta de manera espontánea, manifestando sus motivos personales lo que se consignó en el ítem “motivos de consulta”. A partir de la consulta, el terapeuta trabajó con el paciente la definición de los “objetivos del tratamiento” en término de “focos”. Todo esto se completó en la “Guía de Objetivos de Tratamiento” (Figura 1).

### **Figura 1. *Guía de Objetivos del Tratamiento***

**OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

Paciente:	Fecha de Consulta:
Edad:	Sexo:
Terapeuta:	Caso N°:

Motivo de consulta:

  
  
  
  
  

Diagnostico según DSM-IVR:

Eje I:  
Eje II:  
Eje III:  
Eje IV:  
Eje V:

Diagnóstico según DSM 5:

Objetivos focales acordados con el paciente ordenados por prioridad: importancia o urgencia.

Firma y aclaración del paciente
 Firma y aclaración del terapeuta

Fuente: Autores

Una vez completada y firmada la planilla, la misma era remitida por el terapeuta-investigador al equipo en las reuniones semanales para realizar la carga de datos. Al momento del cierre del tratamiento, se confeccionaron dos planillas, una para el paciente y otra para el terapeuta, en las que se consignaron los logros alcanzados en relación al tratamiento recibido y de acuerdo con los objetivos propuestos al inicio del mismo. Las evaluaciones de los logros se realizaron en planillas por separado, de modo tal que cada paciente y terapeuta completaron por su cuenta sin influir uno sobre el otro. Tanto el paciente como el terapeuta completaron las planillas “Evaluación del paciente sobre el tratamiento” (Figura 2), y “Evaluación del terapeuta sobre el tratamiento” (Figura 3) de la siguiente manera: el paciente se llevaba la planilla luego de finalizar su última entrevista, la llenaba por su cuenta y luego la entregaba en la recepción al personal administrativo. Por su parte, el terapeuta llenaba la planilla en el

consultorio luego de que se fuera el paciente y al final del día se dirigía a recepción para tomar la planilla completada por el paciente. De esta manera, el llenado de las planillas podía realizarse sin la influencia del terapeuta sobre el paciente y viceversa.

**Figura 2. Evaluación del paciente sobre el tratamiento**

Evaluación del paciente sobre el tratamiento	
Nombre:	Fecha de inicio:
Terapeuta:	Fecha de finalización:
1. Logros obtenidos al finalizar el tratamiento:	
2. Comentarios y observaciones en relación al tratamiento realizado:	

Fuente: Autores

**Figura 3. Evaluación del terapeuta sobre el tratamiento**

### **Evaluación del terapeuta sobre el tratamiento**

Nombre del paciente:

Fecha de inicio:

Terapeuta:

Fecha de finalización:

1. Logros obtenidos al finalizar el tratamiento:

2. Justificación profesional de los logros:

Fuente: Autores

### **Análisis de datos**

Una vez que las planillas fueron completadas y entregadas, las mismas fueron transcritas a una planilla de excel en los encuentros de terapeutas-investigadores que se realizaban semanalmente. En la carga de datos, se separó cada variable en una pestaña diferente, de modo tal que se pudieran agrupar en cada tabla todos los motivos de consulta, en otra tabla todos los objetivos focales, los logros de los pacientes y terapeutas, y los comentarios de los pacientes y terapeutas. A cada paciente se le asignó un número, al primer paciente que completó el tratamiento se le asignó el 1, y así sucesivamente hasta el número 81. Una vez completadas las planillas, se procedió a realizar el análisis de datos de acuerdo con la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967; Corbin y Strauss, 1990). Cada respuesta se descompuso en conceptos, dimensiones y/ categorías de acuerdo al análisis de contenido. A partir de esos análisis, se comenzaron a configurar constructos que fueron englobando las respuestas

originales de los pacientes y terapeutas. Luego de identificarlos, se realizó un análisis cuantitativo de las frecuencias de las dimensiones y categorías atribuyendo un valor numérico a cada una de estas cualidades. Por ejemplo, si una persona consultaba por problemas conyugales, se identificaba dicho contenido y se le atribuía 1 punto. Si se llegaban a juntar dos motivos de consulta, por ejemplo, problemas conyugales y problemas de autopercepción, entonces se le atribuía medio punto para cada motivo de consulta. Si un paciente presentaba tres motivos de consulta simultáneos, se dividió cada uno de los mismo en la proporción equivalente (en este caso, cada motivo puntuaba un tercio de punto para cada uno). Se procedió del mismo modo para los focos y para los logros. Estas puntuaciones pueden consultarse en las tablas 1, 3, 5 y 7; en las columnas de “cantidad de casos” (Q de casos) en la que se consignaron cuántas personas consultaron por ese motivo. Por su parte, en la columna “valor” se encuentran los valores brutos que suman esos ítems de acuerdo a su proporción. En la columna “casos” se indica con un número cada paciente, tal como se expuso, el número de caso indica la referencia que se le adscribe a cada persona que realizó su consulta<sup>7</sup>. En todas las circunstancias se otorgó el mismo puntaje a cada motivo, foco o logro debido a que cada uno de estos constituían aspectos que ameritan ser contemplados por el mero hecho de haber sido referido espontáneamente por el consultante. Para esta ponderación se dejó de lado la valoración personal de cada uno de los motivos de consulta.

## Resultados

En otra publicación hemos referido los resultados de los tratamientos en diagnóstico, finalizaciones de tratamientos y abandonos, tiempos de tratamiento y

---

<sup>7</sup> Por ejemplo, si tomamos la columna “motivos de consulta”, y tomamos el caso “problemas de relación”, el sub-ítem “problemas paterno-filiales”, se puede advertir que hubo 12 consultas que presentaron este motivo: 3, 9, 12, 23, 29, 31, 41, 52, 58, 72, 76, 77. Ahora bien, cada caso de estos pudo haber presentado un solo y único motivo de consulta para realizar psicoterapia, o dos motivos, o tres, o cuatro. De acuerdo a cómo se presentó cada consulta se dividió esa cantidad de motivos en cada caso y de allí se atribuyeron los valores numéricos. Esto puede advertirse en la suma de los valores de la columna “Valor”, que nos da un puntaje bruto de 5,749; es decir que varias de las consultas de este ítem implican diferentes motivos en su consulta. Si estos consultantes hubieran realizado su consulta solo por ese tipo de problemas, habríamos obtenido un valor de 12 puntos (1 punto por cada motivo de consulta de manera exclusiva a ese ítem).

cantidad de sesiones (Barreira et al., 2018). En el presente trabajo nos centraremos en la presentación de algunos resultados obtenidos después de dos años de trabajo. La muestra de la población que se discutirá se encuentra constituida por 81 casos que consultaron espontáneamente presentando diagnóstico según DSM 5 de *Trastornos de ansiedad* (40,74%) y *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* (48,15%), además de *Trastorno distímico* (3,70%) y *Trastorno depresivo no especificado* (7,41%) del capítulo *Trastornos del estado del ánimo* (11,11%), y las edades de los consultantes oscilaron entre los 18 y 75 años (Barreira, et al., 2018). Los resultados cualitativos corresponden a motivos de consultas, objetivos focales y evaluación de logros. Omitimos el análisis de los comentarios por una cuestión de espacio.

### *Motivos de consulta*

De acuerdo con las respuestas de los 81 sujetos que conformaron la muestra propiamente dicha de la investigación, hubo 2 casos (2,47%), que no respondieron.

Al momento de identificar los motivos de consulta se procedió de la siguiente manera: el paciente llenaba la planilla de acuerdo con lo solicitado por el terapeuta, volcando en la misma los motivos por los que consultaba. Luego de esto, se identificó, dentro de la misma consulta, cuántos motivos había, si uno, dos o varios. A cada motivo se le adjudicó un valor absoluto y un valor relativo. Cuando contamos la cantidad total de motivos de consulta nos encontramos con un total de 133 referencias manifestadas por 81 pacientes.

La temática que apareció en mayor proporción respondió a “problemas de relación” (paterno-filial, conyugal, familiar, con terceros o inespecíficos); se presentaron 47 de 133 motivos de consulta totales, representando el 34,51%. En segundo lugar, se ubicaron “problemas afectivos”; en este constructo se agruparon situaciones en las que se consultó por problemáticas en las que sobresalen problemas de angustia, ansiedad, miedo y depresión, constituyendo el 29,30% de los motivos de consulta (39 de 133). En tercer lugar se agruparon aquellos motivos de consulta que se caracterizaron por referir

algún tipo de problemática en relación al rol activo de los consultantes en el propio manejo de situaciones (regulación emocional frente al estrés, falta de claridad en la concepción de ciertas problemáticas, dificultades en autorregulación de diferentes aspectos propios, o de su propia percepción y regulación conductual), y de autopercepción (autoestima/autoconcepto), estas consultas se dieron en un 8,89% (13 de 133 consultas). Un cuarto agrupamiento giró en torno a consultas relacionadas con “padecimientos de enfermedades” (propias, de cónyuges, de padres o hijos o de terceros); de cómo estas y la dificultad de los consultantes para responder a las mismas constituyó un motivo de consulta: 8,33% (11 de 133).

**Tabla 1. Dimensiones y categorías vinculadas con las consultas**

Dimensión	Categorías	Sub Sub-categorías	Casos	Q motivos	Valor	%
Problemas de relación	Conflicto preciso/específico	Paterno-filial	3, 9, 12, 23, 29, 31, 41, 52, 58, 72, 76, 77	12	5,749	7,10%
		Conyugal/Pareja	6, 15, 18, 20, 37, 50, 51, 64, 65, 69, 74, 76, 79	18	9,8333	12,14%
		Familiar	7, 12, 15, 16, 19, 25, 34, 49, 78	4	6	7,41%
		Con otros	3, 5, 33, 46, 47, 49, 58, 63	10	4,666	5,76%
	Dificultad general/inespecífica		42, 56, 73	3	1,7	2,10%
Problemas afectivos	Episodios de angustia/ansiedad/miedo		1, 13, 14, 19, 21, 25, 26, 28, 30, 32, 35, 39, 40, 45, 46, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 61, 63, 64, 66, 68, 70, 71, 77, 78, 81	30	20,283	25,04%
	Episodios de depresión		5, 21, 22, 48, 53, 56, 75, 76, 79	9	3,45	4,26%
Problemas de regulación	Regulación del estrés/angustia		16, 44, 68	3	2	2,47%
	Clarificación		17, 27, 39, 81	4	3	3,70%

						%
	Autorregulación	6, 50, 75	3	1		1,23 %
	Regulación de la conducta	4, 56	2	1,2		1,48 %
Auto percepción	Autoestima, autoconcepto	3, 75	2	0,83 3		1,03 %
Problemas con enfermedad	Problemas con enfermedad / Salud física	Propia	45, 55, 73, 79, 80	5	2,25	2,78 %
		Conyugal/ Pareja	18, 52, 57, 80	4	2,5	3,09 %
		Paterno-filial	11, 59	2	2,00	2,47 %
		Con otros	-	0	0	0,00 %
Otros	Problemática económica	56, 67	2	1,2		1,48 %
	Problemática laboral	9, 14, 31, 76, 79	5	2		2,47 %
	Problemática académica	2	1	1		1,23 %
	Superación de problemáticas	10	1	1		1,23 %
	Problemas biográficos	8, 48, 60	3	2,25		2,78 %
	Duelo	13, 24, 29, 32, 38, 43, 48, 53	8	5,08 3		6,28 %
No sabe/No contesta	No sabe/No contesta	36, 62	2	2		2,47 %
			133,0 0	81,0 0		100,00%

Fuente: Autores

**Tabla 2. Dimensiones vinculadas con las consultas**

Dimensión	%
Problemas de relación	34,51%



Problemas afectivos	29,30%
Problemas de regulación activa	8,89%
Problemas con enfermedad	8,33%
Autopercepción	1,03%
Otros	15,47%
No sabe/No contesta	2,47%
<b>Total:</b>	100,00%

Fuente: Autores

En quinto lugar aparecieron problemas de autopercepción (2 de 133, 1,03%). En sexto lugar, otros problemas no agrupables en las categorías anteriores (15,47%). Por último, en séptimo lugar, los dos pacientes que no reportaron motivos de consulta (2,47%).

### *Objetivos de tratamiento y focos*

En relación a los focos, es decir, al trabajo convenido entre el terapeuta y el paciente que consiste en la elaboración de los motivos de consulta orientados a resultados, pudo advertirse cómo se identificaron 158 focos de trabajo en los 81 pacientes. Es de destacar que los focos se incrementaron en relación con los motivos de consulta (133 motivos de consulta, 158 focos). Esta cuestión obedeció a que los terapeutas establecieron con los pacientes planes de trabajo que implicó explicitar y/o agregar focos que se encontraban implícitos en los abordajes para dar cuenta de los motivos de consulta.

En el trabajo de elaboración entre terapeuta y paciente de cara a la obtención de resultados, los objetivos de tratamiento y focos que se presentaron en mayor proporción se refirieron a cuestiones vinculares en primer lugar: 37 focos de 158, 22,32%. Aunque la proporción entre los motivos de consulta (34,51%) y los focos de trabajo (22,32%), se mantiene en la mayor proporción para ambos casos, la disminución de los focos en una

proporción significativa obedeció a que estos debían acompañarse con otros focos de trabajo agregados. Es decir, los problemas vinculares iban acompañados de otras cuestiones que debían ser tenidas en cuenta.

En segundo lugar, la mejora de aspectos psicológicos propios de los pacientes, 30 de 158 focos (19,96%). Esta dimensión se nutre de cuatro grandes categorías: mejoras emocionales (17,07%), en la capacidad expresiva (1,65%), en la capacidad de disfrute (0,62%), y en el manejo de la culpa (0,62%). Los objetivos en lograr mejoras emocionales (25 de los 30 focos de esta categoría), se dirigieron a tres cuestiones principales: la mejora en la actividad anímica (6,17%), la regulación de angustia y trabajo sobre ansiedades (9,67%), y el afrontamiento de temores (1,23%). Estas últimas tres subcategorías se clasificaron dentro de la dimensión mejora de aspectos psicológicos porque así fueron enunciadas por los pacientes y trabajados con los terapeutas.

En tercer lugar, aparecen focos orientados al logro de situaciones puntuales (18,62%). En este constructo destacamos dos grandes grupos: situaciones vinculadas a vivencias y/o experiencias personales (14,28%, 22 casos de 158) y situaciones de la vida cotidiana (4,34%, 7 casos de 158). Para el primer grupo se destacaron focos orientados al tratamiento de situaciones traumáticas (1,85%), duelo (5,45%), enfermedad (2,26%) y conducta (4,73%), mientras que para el segundo se destacaron focos orientados hacia situaciones económicas (2,26%) y laborales (2,06%). En cuarto lugar, encontramos los focos orientados a trabajar clarificación de situaciones conflictivas en un 18,52% (28 de 158), en donde se destacó alcanzar claridad sobre la propia conflictiva (8,33%), la clarificación de diferentes situaciones (6,07%), y toma de decisiones (4,12%). En quinto lugar aparecen focos relativos a la mejora y el crecimiento personal en un 8,44%: mejora de la autoestima (1,85%), mejora del estado del ánimo (1,23%), desarrollo personal (3,19%), y mejora de la calidad de vida (2,16%).

**Tabla 3. Dimensiones y categorías de objetivos y focos de tratamiento**

Dimensi	Categorías	Sub- Sub-	Casos	Q de	Valo	%
---------	------------	-----------	-------	------	------	---

ones		categorias		Casos	r	
Vínculos	Relaciones interpersonales	Cónyuge	6, 13, 14, 15, 37, 50, 51, 57, 58, 69, 74, 86	12	5,24 93	6,48 %
		Familia	16, 19, 21, 22, 31, 40, 41, 44, 49, 63, 68, 77	12	5,66 66	7,00 %
		Hijos	7, 12, 15, 23, 29, 32, 33, 34, 58, 76	10	5,33 233	6,58 %
		Otros	3, 51, 73	3	1,83 3	2,26 %
Elaboración de situaciones	Situaciones novedosas vinculadas a cuestiones adaptativos	Con el Otro	7, 20, 41, 59, 65	5	2,16 663	2,67 %
		Consigo mismo	41, 65, 72	3	1,33	1,65 %
		Crisis vital	75	1	0,33	0,41 %
Mejora / Crecimiento de la persona	Aspectos propios de la persona	Mejorar el autoestima	3, 49, 50, 75	4	1,49 967	1,85 %
	Estado del ánimo	Mejora del estado del ánimo	5, 28	2	1	1,23 %
	Aspectos íntimos de la persona	Generar un desarrollo personal	6, 17, 37, 50, 60, 72, 80	7	2,58 326	3,19 %
	Calidad de lo cotidiano	Mejorar la calidad de vida / Bienestar	17, 40, 43	3	1,75	2,16 %
Recuperación	Recuperar cosas que se perdieron		18	1	0,33 33	0,41 %
Logros en situaciones puntuales	Situaciones vinculadas a vivencias/experiencias personales	Situaciones traumáticas	54, 66	2	1,50	1,85 %
		Duelo	13, 24, 30, 38, 48, 53, 60, 74	8	4,41 66	5,45 %
		Enfermedad	45, 59, 60	3	1,83	2,26 %
		Cambios de conducta	3, 5, 6, 8, 12, 19, 32, 35, 78	9	3,83 26	4,73 %
	Situaciones de la vida cotidiana	Situación económica	14, 56, 67	3	1,83 33	2,26 %
		Situación laboral	38, 48, 66, 76	4	1,66 66	2,06 %
Mejora de aspectos psicológicos	Emocional	Lograr una estabilidad anímica	13, 24, 30, 38, 42, 46, 48, 75	8	4,99 997	6,17 %
		Regulación de la angustia / Trabajo	7, 12, 21, 28, 30, 31, 52, 60, 61, 63,	16	7,83 29	9,67 %

		sobre ansiedades	68, 69, 70, 71, 77, 78			
		Afrontar temores	55	1	1,00	1,23 %
	Capacidad expresiva	Desarrollar la capacidad expresiva / Mejorar expresividad	18, 40, 67	3	1,33 33	1,65 %
	Capacidad de disfrute	Superación de dificultad para disfrutar	47	1	0,50	0,62 %
	Manejo de la culpa	Superación de la culpa	47	1	0,50	0,62 %
Clarificación	Clarificación de situaciones conflictivas	Alcanzar introspección en su conflictiva	2, 17, 27, 35, 39, 52, 69, 70, 71, 80	10	4,91 66	6,07 %
		Clarificación de situaciones	1, 4, 8, 13, 16, 22, 26, 27, 29, 64, 79	11	6,75	8,33 %
		Ordenamiento de Prioridades / Toma de decisiones	4, 10, 13, 17, 18, 39, 81	7	3,33 33	4,12 %
Resolución de problemas			9, 14, 19, 20, 25, 26	6	3,66 63	4,53 %
No Sabe/No Contesta:			36, 62	2	2	2,47 %
				158,0 0	81,0 0	100, 00%

Fuente: Autores

En sexto lugar encontramos focos referidos a la elaboración de diferentes situaciones en un 4,73% (9 de 158): con otros (2,67%), consigo mismos (1,65%) o crisis vitales (0,41%). En séptimo lugar aparecen los focos apuntados a resolución de problemas puntuales (6 de 158, 4,53%), en donde se destaca el hecho de la resolución efectiva de los problemas. En último lugar, se propusieron focos de trabajo orientados a la recuperación (1 de 158, 0,41%).

**Tabla 4. Dimensiones de objetivos y focos de tratamiento**

Dimensiones	%
-------------	---

Vínculos	22,32%
Mejora de aspectos psicológicos	19,96%
Logros en situaciones puntuales	18,62%
Clarificación	18,52%
Mejora / Crecimiento de la persona	8,44%
Elaboración de situaciones	4,73%
Resolución de problemas	4,53%
Recuperación	0,41%
No Sabe/No Contesta:	2,47%
Total:	100,00 %

Fuente: Autores

### *Evaluación de Logros*

Una vez realizados los tratamientos psicológicos, tenemos los resultados de los mismos. En relación a la evaluación de logros, tenemos por un lado la evaluación de los logros obtenidos en el tratamiento por parte de los pacientes por un lado, y la evaluación por parte de los terapeutas por el otro.

### *Evaluación de logros desde la perspectiva del paciente*

En las evaluaciones que los pacientes realizaron de sus tratamientos, se destacan como logros el hecho de haber obtenido claridad sobre los problemas por los cuáles habían consultado (24 de 111 logros identificados, 20,06%). En segundo lugar, se destacó la importancia de haber podido resolver problemas (8 de 111 logros, 14,04%). En tercer lugar, aparecen logros en relación a estados afectivos (17 de 111, 12,41%), dentro de los cuales se destaca el logro de poder regular estados afectivos propios (10,98%), y la descompresión de situaciones emocionales (1,83%). En cuarto lugar, aparecen logros emparentados con el aprendizaje de situaciones (7,10%). Resulta relevante que el 53,56% de los logros referidos por los pacientes se encuentren

vinculados con clarificación, resolución, afectividad y aprendizaje; teniendo en cuenta que el 35,80% no respondió o abandonó sus tratamientos.

En quinto lugar, aparece la valoración de logros en los vínculos (5,97%); este dato resulta altamente relevante a la luz de lo dicho, sobre todo si tenemos en cuenta el protagonismo de las preocupaciones vinculares en los motivos de consulta, en los objetivos de tratamiento y focos de trabajo, y la muy alta satisfacción que los pacientes habían manifestado en su momento (Barreira et al, 2019)<sup>8</sup>. En sexto lugar, aparecen referencias a la aceptación de situaciones (2,47%). En séptimo lugar, logros en relación con la expresividad (2,16%).

**Tabla 5. Dimensiones y categorías de logros según los pacientes**

Dimensión	Categoría	Casos	Q de Casos	Valor	%
Afectividad	Regulación de estados afectivos propios	11, 19, 26, 29, 30, 35, 41, 47, 55, 65, 70, 74	12	6,999	8,64%
	Descompresión de situaciones emocionales	14, 28, 71, 80	4	2,25	2,78%
	Ser contenido afectivamente	6	1	0,5	0,62%
Clarificación	Clarificación de la problemática de consulta	1, 6, 11, 18, 19, 21, 26, 27, 29, 35, 42, 43, 52, 56, 59, 60, 63, 64, 69, 70, 71, 76, 79, 80, 81	24	16,249	20,06%
Aprendizaje	Énfasis en el aprendizaje	44, 67, 73, 79, 80	12	5,7495	7,10%
Aceptación	Aceptación de la propia condición (P. e.: enfermedad)	28, 45, 67	3	2	2,47%
Resolución	Énfasis en resolución de problemas / Logro de objetivos	1, 10, 20, 21, 30, 37, 39, 49, 53, 54, 72, 73, 75, 77, 78	15	11,667	14,40%
Expresión	Énfasis en manifestar y expresar	47, 49, 80, 81	4	1,75	2,16%
Vínculos	Mejora de Patrones Vinculares	22, 30, 44, 46, 51, 64, 65	7	4,833	5,97%

<sup>8</sup> Debe mencionarse que todo este trabajo implicó un alto grado de satisfacción referido por los pacientes en relación con los tratamientos recibidos: “La evaluación de los tratamientos por parte de los pacientes en relación a los logros obtenidos fue de bueno (15%), muy bueno (40%) y excelente (45%), mientras que los terapeutas puntuaron esto mismo como regular (5%), bueno (15%), muy bueno (70%) y excelente (10%)” (Barreira, Bevacqua y Alegre de Leo, 2018, p. 165).

Ns/Nc	5, 8, 13, 17, 23, 34, 36, 40, 62	9	9	11,11 %
Abandono	2, 3, 4, 7, 9, 12, 15, 16, 24, 31, 32, 33, 38, 48, 50, 57, 58, 61, 66, 68	20	20	24,69 %
		111,00	81,00	100,00 %

Fuente: Autores

**Tabla 6. Dimensiones de logros según los pacientes**

Logros	%
Clarificación	20,06%
Resolución	14,40%
Afectividad	12,04%
Aprendizaje	7,10%
Vínculos	5,97%
Aceptación	2,47%
Expresión	2,16%
Ns/Nc	11,11%
Abandono	24,69%
<b>Totales:</b>	100%

Fuente: Autores

*Evaluación de logros desde la perspectiva del terapeuta*

En las evaluaciones que los terapeutas realizaron sobre los logros de sus pacientes, se destacan, en primer lugar, el hecho de haber obtenido claridad sobre los problemas por los cuáles habían consultado (24 de 136 logros identificados, 16,71%). En segundo lugar, se destacó la importancia de haber podido resolver problemas (25 de 136 logros, 16,30%).

**Tabla 7. Dimensiones y categorías de logros según los terapeutas**

Dimensión	Categoría	Casos	Q de Casos	Valor	%
Afectividad	Regulación de estados afectivos propios	1, 22, 26, 27, 30, 46, 49, 51, 55, 59, 63, 71, 77	13	5,5829	6,89%
	Descompresión de situaciones	14, 19, 44, 64	4	1,3663	1,69%

	emocionales				
	Haber contenido afectivamente	6	1	0,5	0,62%
Clarificación	Clarificación de la problemática de consulta	1, 6, 11, 26, 27, 28, 29, 30, 35, 42, 43, 44, 49, 52, 60, 64, 70, 71, 74, 76, 77, 79, 80, 81	25	13,533	16,71%
Aprendizaje	Énfasis en el aprendizaje	1, 29, 44, 59, 77, 80	6	1,7833	2,20%
Aceptación	Aceptación de la propia condición (P. e.: enfermedad)	11, 45, 80	4	2,1666	2,67%
Resolución	Énfasis en resolución de problemas / Logro de objetivos	1, 10, 14, 18, 20, 21, 25, 27, 29, 35, 37, 39, 44, 46, 53, 54, 55, 56, 65, 67, 69, 71, 74, 75, 78	25	13,2	16,30%
Expresión	Énfasis en manifestar y expresar	30, 47, 49, 81	4	1,583	1,95%
Vínculos	Mejora de Patrones Vinculares	10, 14, 18, 19, 21, 22, 25, 29, 41, 44, 46, 47, 49, 54, 63, 64, 65, 67, 69, 72, 73, 74, 76, 77, 78	25	12,283	15,16%
Ns/Nc		5, 8, 13, 17, 23, 34, 36, 40, 62	9	9	11,11%
Abandono		2, 3, 4, 7, 9, 12, 15, 16, 24, 31, 32, 33, 38, 48, 50, 57, 58, 61, 66, 68	20	20	24,69%
			136,00	81,00	100,00%

Fuente: Autores

**Tabla 8. Dimensiones de logros según los terapeutas**

Logros según el terapeuta	%
Clarificación	16,71%
Resolución	16,30%
Vínculos	15,16%
Afectividad	9,20%
Aceptación	2,67%
Aprendizaje	2,20%
Expresión	1,95%
Ns/Nc	11,11%
Abandono	24,69%



<b>Total:</b>	100,00%
---------------	---------

Fuente: Autores

En tercer lugar, aparecen logros en relación a los vínculos (25 de 136, 15,16%). La diferencia entre estos últimos dos en su proporción radica en que los logros en relación a vínculos aparecen mucho más vinculados con otros logros, obteniendo una proporción menor aunque la cantidad de ítems sea similar a la de resolución (25 en ambos casos). Por otra parte, resulta curioso el contraste entre la evaluación de los pacientes que había ponderado tan bajo el logro en relación con los vínculos (menos de un 6%), aparece mucho más valorado por los terapeutas que atribuyen un valor de poco más de 9 puntos. En cuarto lugar, aparecen logros emparentados con el manejo de situaciones afectivas (9,20%). En este caso, el 57,37% de los logros referidos por los terapeutas se encuentren vinculados con clarificación, resolución, vínculos y afectividad; recordemos que el 35,80% no respondió o abandonó sus tratamientos. En quinto, sexto y séptimo lugar aparecen logros relacionados con la aceptación (2,67%), el aprendizaje (2,20%) y la expresión (1,95%), que representan el 6,82% de los logros apreciados por los terapeutas.

## Discusión

De los resultados obtenidos de la evaluación de los 81 casos de psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada, resaltamos una serie de datos que resultan significativos en el proceso que partió desde la consulta y que luego se vieron modificados en el acuerdo que el terapeuta y el paciente realizaron de cara a la psicoterapia, y que posteriormente, se vio reflejado en los resultados finales. Una primera cuestión de relevancia que apreció fue el rol de lo vincular en los motivos de consulta, en los objetivos focales y en los logros. De acuerdo con los cuadros psicopatológicos presentados por los 81 pacientes que conforman la muestra, se destaca que la categoría vincular se encuentra presente en un 34,51%, luego esto se derivó hacia una articulación de trabajo en objetivos focales que predominaron en un

22,32%. Lo curioso de esto consistió en lo poco reconocido de esta cuestión en los logros, solo el 5,97% según los pacientes, y el 15,16% según los terapeutas. Lo que sugieren estas cifras es que los pacientes en las consultas manifestaron problemas en los que había otros implicados (34,51%); sin embargo, al momento de articular estrategias de tratamiento, estas cuestiones vinculares perdieron relevancia a instancia de otras categorías que ameritan atención en el establecimiento consensuado de los focos de trabajo (22,32%). No obstante, al evaluar los logros, se infiere que la baja preponderancia de la mención a lo vincular (5,97% para los pacientes, 15,16% para los terapeutas), puede haber radicado en que los pacientes y los terapeutas pudieron enfocarse en mejorar aspectos subjetivos y personales de los pacientes, aunque con ulterior impacto en lo vincular. Esta cuestión, que puede haberse entendido como una de las claves en la mejora particular por parte de los pacientes, pudo no haber sido advertida como un logro específicamente vincular, sino subjetiva o personal. Que los pacientes no hubieran dado relevancia a esta categoría implica que la valoración de la terapia pasó más por otros recursos (aprendizaje, clarificación y afectividad). Por su parte, los terapeutas pudieron valorar el impacto de esos logros personales en los vínculos, y por eso este aspecto tuvo más presencia en sus evaluaciones. Esto confirmaría la idea de que, a mejor trabajo de concientización personal con el paciente, mayor impacto en la calidad de sus vínculos.

En segundo lugar, puede observarse cómo los motivos de consulta relativos a “problemas afectivos” y “de regulación”, que representaron un 38,19% de las consultas, tomaron forma en los siguientes aspectos: mejora de aspectos personales, logros de situaciones puntuales y clarificación en un 49,10%. Ese 10,91% de diferencia se corresponde con el 12,19% de reducción de las consultas por problemas de relación a focos de trabajo vincular; aunque estamos hablando de proporciones, y no se puede desatender que un 15,47% de los motivos de consulta obedece a “otros motivos de consulta”, entre los que ubicamos problemáticas económicas, laborales, académicas, superación de problemas específicos, problemas biográficos y duelos, que claramente se pueden vincular a objetivos de logros de situaciones puntuales (18,62%). Por lo tanto es posible observar que la gran mayoría de los motivos de consulta ha derivado en dichos objetivos focales de psicoterapia.

Dentro de los logros ponderados tanto por los pacientes como por los terapeutas encontramos a la clarificación: en los motivos de consulta no aparece, pero en los objetivos de tratamiento y focos, dicha dimensión se hace presente en un 18,52%. Este pasaje de 0% a 18,52% está vinculado al filtro de los terapeutas que pusieron en agenda este tipo de objetivos. La clarificación resulta esencial para el trabajo psicoterapéutico ya que muchos problemas psicológicos parten de una importante falta de claridad sobre los asuntos que hacen sufrir al paciente. La ratificación de que esta indicación es un acierto consiste en que dentro de los logros indicados por los pacientes y terapeuta, esta dimensión se presenta como la más importante: 20,06% y 16,71% respectivamente. En relación con los resultados de los tratamientos, vale destacar las similitudes y diferencias apreciadas por los pacientes y terapeutas. En las tablas 9 y 10 ofrecemos una comparación en la que se establecen las coincidencias y discrepancias apreciadas en ambos grupos.

**Tabla 9. Discrepancia entre logros según los pacientes y terapeutas**

<b>Logros según Paciente</b>	<b>%</b>	<b>Logros según el terapeuta</b>	<b>%</b>	<b>Discrepancias</b>	<b>%</b>
Clarificación	20,06%	Clarificación	16,71%	Clarificación	3,35%
Resolución	14,40%	Resolución	16,30%	Resolución	-1,89%
Afectividad	12,04%	Afectividad	9,20%	Afectividad	2,84%
Aprendizaje	7,10%	Aprendizaje	2,20%	Aprendizaje	4,90%
Vínculos	5,97%	Vínculos	15,16%	Vínculos	-9,20%
Aceptación	2,47%	Aceptación	2,67%	Aceptación	-0,21%
Expresión	2,16%	Expresión	1,95%	Expresión	0,21%
Ns/Nc	11,11%	Ns/Nc	11,11%	Ns/Nc	0,00%
Abandono	24,69%	Abandono	24,69%	Abandono	0,00%
<b>Totales:</b>	<b>100%</b>	<b>Total:</b>	<b>100,00%</b>	<b>Total:</b>	<b>0,00%</b>

Fuente: Autores

**Tabla 10. Discrepancia entre logros según los pacientes y terapeutas**

<b>Discrepancias</b>	<b>%</b>
Aprendizaje	4,90%
Clarificación	3,35%
Afectividad	2,84%
Expresión	0,21%
Aceptación	-0,21%
Resolución	-1,89%
Vínculos	-9,20%
Ns/Nc	0,00%
Abandono	0,00%
<b>Totales:</b>	0,00%

Fuente: Autores

Yendo a las discrepancias, hemos tratado el tema de los logros vinculares que se presenta como el más relevante (9,20% de diferencia). En un segundo orden aparecen valoraciones positivas de los pacientes sobre logros vinculados con el aprendizaje (4,90%), clarificación (3,35%) y afectividad (2,84%). Estas ponderaciones tienen relación con las apreciaciones personales que los pacientes realizaron sobre los beneficios de las terapias. En el caso de la clarificación, ya vimos que la discrepancia no parece tan significativa porque se trata de tres puntos entre 20% y 17%. Algo similar sucede con la afectividad que no llega a una diferencia de tres puntos pero se trata de una diferencia entre 12,04% y 9,20% lo que no representa un diferencial demasiado significativo. Otro es el caso de la dimensión aprendizaje, en donde la discrepancia de casi cinco puntos marca un 7,10% para los pacientes y 2,20% para los terapeutas. Esto indica que los pacientes creen haber aprendido cosas de la terapia, mientras que los terapeutas creen que no hubo tal aprendizaje, al menos en la misma proporción.

En el caso de los terapeutas, estos ponderaron en mayor medida los logros vinculares como se comentó anteriormente. Al margen de esto, aparece una pequeña diferencia de valoración sobre la resolución de problemas de los terapeutas (16,30%), por sobre la percepción de los pacientes (14,40%). No sería extraño que parte de esta diferencia obedezca a que, lo que los pacientes entendieron como “aprendizaje”, los terapeutas hubieran tendido a considerarlo en términos de “resolución de problemas”.

En último lugar, vale apreciar que entre las dimensiones expresión y valoración hay prácticamente coincidencias en su diferencia: 0,21% a favor de pacientes y de los terapeutas respectivamente. Estas diferencias no resultan relevantes pese a que dichas dimensiones tampoco representan proporciones significativas: entre dos y tres puntos la expresión, y prácticamente de dos puntos en la valoración.

## **Conclusiones**

De acuerdo con la discusión de los datos recolectados y analizados, se pudo mostrar el proceso que va desde los motivos de consulta, cómo estos se filtran por medio del acuerdo de objetivos focales de tratamiento, y cómo se presentan posteriormente en términos de logros. Entendemos que la variación en la presencia de motivos de consulta que después no aparecen en los logros, son parte esperable del proceso psicoterapéutico. Por ejemplo: los problemas afectivos que aparecen mencionados en el 29,30% de las consultas, luego representan un 12,30% de los logros; o problemas de regulación de diferentes situaciones y de autopercepción, luego no aparecen en los logros referidos; pero en su lugar se presenta una mayor proporción en la resolución de problemas, lo que resulta significativo para destacar tratándose de tratamientos que se realizan en el contexto de políticas de APS.

Por su parte, la discrepancia presentada en la valoración de los logros por parte de los pacientes y los terapeutas, indica cómo los primeros se encuentran más atentos a cuestiones coyunturales, mientras que los terapeutas realizan valoraciones de acuerdo a las estrategias preestablecidas en los planes de tratamiento. Por ejemplo, la mejora de aspectos psicológicos postulados por los terapeutas, se ven cristalizadas en la clarificación y resolución de problemas. Seguramente, estos resultados serían diferentes si los tratamientos estudiados fueran prolongados, o por fuera de este tipo de dispositivos. Lamentablemente, la ausencia de evidencia empírica en relación a estos estudios no nos permite establecer ningún tipo de relación (Barreira, 2020).

En relación con el hecho de que la muestra fuera realizado en un momento previo a la pandemia por covid-19, cabe destacar que los resultados no resultan

generalizables por diferentes motivos ya que se trata de un trabajo realizado en un centro que funciona como caso testigo. No obstante, el valor del trabajo consiste en cómo su replicación puede permitir que diferentes servicios o centros de salud mental pueden reproducir este modelo para poder identificar consultas, trabajo, y percepción de resultados. En este sentido, el valor del estudio no queda en los resultados específicos, sino en la posibilidad de replicar y mejorar modelos de estudio que apunten a establecer índices de efectividad en tratamientos psicológicos: qué es lo que efectivamente valoran usuarios y terapeutas sobre este tipo de prestaciones en contextos de APS.

En relación con el modelo de trabajo de Fiorini, destacamos que el mismo permitió realizar el trabajo de manera adecuada, desde el planteo de las consultas, el establecimiento de los objetivos focales y la ponderación de logros, pese a que el estudio no se dirigió a evaluar la eficacia de este modelo, sino que se orientó a generar evidencia sobre la efectividad que este tipo de tratamientos que son realizados en obediencia a una política pública, son efectivos y en qué medida.

## Referencias

- American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico Estadístico 5*. Editorial Panamericana.
- Ávila-Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, N° 87. Jul/Sept. 2003, 67-84.
- Barreira, I. (2016). Terapias breves y focalizadas en Argentina. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, N° 1, 37-57.
- Barreira, I., y Bevacqua, L. (2017). *Terapias psicológicas basadas en la evidencia*. En: AAVV (2017). *Nuevas familias – Nuevas infancias. La clínica hoy*. Congreso AASM 2017. 253-257. AASM
- Barreira, I., Bevacqua, L., Varela, P., y Amaya, C. (2018). *Evaluación de efectividad en psicoterapias breves y focalizadas: justificación y prueba piloto*. En Memorias del X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Clínica, XXV Jornadas de Investigación y XIV Encuentro de Investigadores del Mercosur, 28/11 al 01/12 de 2018. Nuevas tecnologías: subjetividad, vínculos sociales. Problemas teorías y abordajes. Sección Psicología Clínica. Tomo 1, Pp. 21-24. Universidad de Buenos Aires. <https://jmemorias.psi.uba.ar>

- Barreira, I., Bevacqua, L., y Alegre De Leo, P. (2018). Resultados de procesos psicoterapéuticos en dispositivos breves y focalizados. *Anuario de Investigación USAL, Año V(5)*, 165-166.
- Barreira, I., Bevacqua, L., Varela, P., y Amaya, C. (2019). *Evaluación de efectividad en psicoterapias breves y focalizadas: resultados y desafíos*". Memorias del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Clínica. El síntoma y la época. Avances de la Investigación en Psicología. Sección Psicología Clínica. Tomo 3, Pp. 32-36. Universidad de Buenos Aires. <https://jmemorias.psi.uba.ar>
- Barreira, I. (2020). Revisión sistemática sobre efectividad en psicoterapias breves y focalizadas. *Perspectivas Metodológicas, Vol. 20(1)*. DOI: <https://doi.org/10.18294/pm.2020.3235>
- Corbin, J., y Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology, 13*, 3-21.
- Cortada de Kohan, N., Macbeth, G., y López Alonso, A. (2008). *Técnicas de investigación científica*. Lugar Editorial.
- De Lellis, M. (Comp.). (2015). *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental*. Ediciones Nuevos tiempos.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica psicológica, Vol. XIX*, 247-256.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo para psicoterapia*. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2005). *La integración en psicoterapia*. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Desclee de Brower.
- Fernández-Álvarez, H. (2011). *Paisajes de la psicoterapia*. Polemos.
- Fernández-Álvarez, H. y Castonguay, L. G. (2018). Investigación orientada por la práctica: avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. Introducción. *Revista Argentina de clínica psicológica. Vol. XXVII(2)*, 107-114.
- Fernández Méndez, J., Luengo Castro, M. A., García Haro, J., Cabero Álvarez, A., González Díaz, M. D., Braña Menéndez, B., Cuesta Izquierdo, M., y Caunedo Riesco, P. J. (2010). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental I: diseño, tratamientos y procedimientos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30(108)*, 563-580.
- Fernández Méndez, J., Luengo Castro, M. A., García Haro, J., Cabero Álvarez, A., González Díaz, M. D., Braña Menéndez, B., Cuesta Izquierdo, M., y Caunedo Riesco, P. J. (2011). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental II: Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(109)*, 13-29.
- Fiorini, H. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.

- Fiorini, H. (1994). *Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1999). *Nuevas líneas teoría y técnica de psicoterapias*. Psimática.
- Fiorini, H. (2006). *El psiquismo creador*. 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.
- Irigoyen, R. (2017). *Psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis contemporáneo*. Ediciones del Boulevard.
- Galasso, L. (2010). *La nueva psicología: breve y eficaz. Terapia cognitivo-conductual*. Editorial Psicológica Argentina.
- Glaser, B., y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine Press.
- Gómez Penedo, J. M., y Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran Criterios para la significancia clínica en Psicoterapia? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XXI, 173-190.
- Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A., y Roussos, A. (2009). El Proceso Inferencial Clínico, el Pronóstico y las Intervenciones del Psicoterapeuta. Anuario de investigaciones. *Facultad de psicología – UBA. Secretaría de investigaciones*. V, XVI. Tomo 1, 43-51.
- Juan, S.; Etchebarne, I.; Gómez Penedo, J., y Roussos, A. (2010). Una perspectiva psicoanalítica sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Raíces históricas y tendencias actuales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 14, 197-219.
- Lemus, J., Aragües y Oroz, V., y Lucioni, M. C. (2013). *Salud Pública y Atención Primaria de la Salud*. Corpus.
- Poch, J., y Ávila-Espada, A. (1998). *Investigación en psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- Roussos, A., Waizmann, V., y Etchebarne, I. (2010). Common interventions in 2 single cases of Cognitive and Psychoanalytic Psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 20(3), 327–346.