

# *Qualitative and Quantitative Evaluation of Effectiveness in Brief and Focused Psychological Treatments\**

*Ignacio Barreira  
Leandro Bevacqua  
César Amaya  
Camila Bidal  
Paula Varela*

Ignacio Barreira\*\*  
Leandro Bevacqua\*\*\*  
César Amaya\*\*\*\*  
Camila Bidal\*\*\*\*\*  
Paula Varela\*\*\*\*\*

- \* Agradecimiento: Universidad del Salvador. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Proyectos de Investigación 1711 y 1929.
- \*\* 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)
- \*\*\* Especialista en Clínica Psicoanalítica. Universidad del Salvador. Sanatorio San Gabriel. ORCID: 0000-0001-7696-3477. Correspondencia: [lnbevacqua@hotmail.com](mailto:lnbevacqua@hotmail.com)
- \*\*\*\* Lic. en Psicología. Universidad del Salvador. Sanatorio San Gabriel. ORCID: 0000-0003-4241-1521. Correspondencia: [cesarius1@hotmail.com](mailto:cesarius1@hotmail.com)
- \*\*\*\*\* 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)
- \*\*\*\*\* Especialista en Clínica Psicoanalítica. Universidad del Salvador. Sanatorio San Gabriel. ORCID: 0000-0002-6305-0238. Correspondencia: [pauladvarela@hotmail.com](mailto:pauladvarela@hotmail.com)

# *Evaluación cualitativa y cuantitativa sobre la efectividad en tratamientos psicológicos breves y focalizados*

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) 92-111. <https://doi.org/10.37511/tesis.v17n2a5>

## ABSTRACT

**Background:** This study presents results from both qualitative and quantitative evaluations of the effectiveness of brief and focused psychotherapies within the context of primary healthcare policies. **Objective:** To evaluate the effectiveness of studied psychotherapeutic processes, designed as pre-established treatments with 12 sessions of psychoanalytic-oriented therapy, including intake, therapeutic process, closure, and monitoring. **Method:** The method employed for data analysis was grounded theory, focusing on treatments implemented among a population of male and female clients aged 18 to 75, diagnosed according to DSM-5 criteria, encompassing Anxiety Disorders and Other Specified Depressive Disorders. **Results:** The sample consists of 81 cases in which dimensions and categories of achievements were established. Qualitative outcomes of the initial research are detailed. Based on the generated evidence, constructs were defined to establish frequencies in reasons for seeking therapy, focal points of intervention, and assessment of treatment outcomes from both patient and therapist perspectives. **Conclusions:** The study illustrated the process from initial reasons for seeking therapy, how these are filtered through goal agreements, and how they subsequently manifest in terms of achieved outcomes.

**Keywords:** psychoanalytic psychotherapy, brief and focused psychotherapies, psychotherapy effectiveness, primary health care, mental health, perception of achievements.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Se presentan resultados de evaluación cualitativa y cuantitativa sobre la efectividad en psicoterapias breves y focalizadas en el contexto de políticas de atención primaria en salud. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de los procesos psicoterapéuticos estudiados, que han sido diseñados como tratamientos preestablecidos en 12 sesiones de psicoterapia de corte psicoanalítico incluyendo: admisión, proceso psicoterapéutico, cierre y monitoreo. **Método:** El método de trabajo utilizado para cualificar la evidencia fue la teoría fundamentada con su potencial de análisis en los tratamientos implementados en la población 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. **Resultados:** Corresponden a una muestra constituida por 81 casos en los que 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 se filtran por medio del acuerdo de objetivos focales de tratamiento, y cómo se presentan posteriormente en términos de logros.

**Palabras-chave:** psicoterapia psicoanalítica, psicoterapias breves y focalizadas, efectividad en psicoterapia, Atención Primaria de Salud, salud mental, percepción de logros.

## Introducción

La investigación empírica de tratamientos psicológicos se ha ido desarrollando de manera creciente a lo largo del siglo XX, intensificándose 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 la que 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: “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-clínico 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 en 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 APS en la República Argentina. Este estudio es sobre efectividad en psicoterapia, 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 estos 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 tratamientos breves y focalizados prestados a obras sociales y prepagadas de acuerdo con el Plan Médico Obligatorio (PMO) de la República Argentina, que constituye el modo concreto de establecer las políticas de 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 de la APS, 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 estos. 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 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 material 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 pretende 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, a) objetivos que acordaron pacientes y terapeutas al inicio de los tratamientos, b) 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 realizó en un centro de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aplicando los tratamientos 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 a más entrevistas 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 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, en el que se relevaron los motivos de consulta y luego se consensuaron con el paciente los objetivos focales, y al final del tratamiento, en el que se

evaluaron de manera separada la percepción del paciente y del terapeuta con 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.

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

## 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**

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

  

Motivo de consulta:

  
  

Diagnóstico 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. 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 con el tratamiento recibido y de acuerdo con los objetivos propuestos al inicio de este. 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 y diligenciaba la planilla luego de finalizar su última entrevista. Por su parte, el terapeuta llenaba la planilla en el consultorio luego de que se fuera 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**

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**

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

En el procesamiento de datos, se separó cada variable en una pestaña diferente; los motivos de consulta, en otra 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 del 1 al 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/o categorías de análisis de contenido. A partir de esos análisis, se configuraron 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 dividía cada uno de los mismos 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 con 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>1</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 cantidad de sesiones (Barreira *et al.*, 2018). En el presente trabajo, nos centraremos en la presentación de 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 en edades entre 18 y 75 años, 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

1 Por ejemplo, si 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 con 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).

capítulo *Trastornos del estado del ánimo* (11,11%) (Barreira, *et al.*, 2018). Los resultados cualitativos corresponden a motivos de consultas, objetivos focales y evaluación de logros.

## Motivos de consulta

De los 81 sujetos que conformaron la muestra, hubo 2 casos (2,47%), que no respondieron. La cantidad total de motivos de consulta fue 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 auto percepción (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	0,833	1,03%

Dimensión	Categorías	Sub Sub-categorías	Casos	Q motivos	Valor	%
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	5,083	6,28%
No sabe/No contesta	No sabe/No contesta		36, 62	2	2	2,47%
				133,00	81,00	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%
Total:	100,00%

Fuente: Autores

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

### Objetivos de tratamiento y focos

En relación con 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, 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 dimensión mejora de aspectos psicológicos propios de los pacientes, 30 de 158 focos (19,96%). Se nutre de cuatro grandes categorías: mejoras emocionales (17,07%), capacidad expresiva (1,65%), capacidad de

disfrute (0,62%), y 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 la 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 el que 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

Dimensiones	Categorías	Sub- Sub-categorías	Casos	Q de Casos	Valor	%
Vínculos	Relaciones interpersonales	Cónyuge	6, 13, 14, 15, 37, 50, 51, 57, 58, 69, 74, 86	12	5,2493	6,48%
		Familia	16, 19, 21, 22, 31, 40, 41, 44, 49, 63, 68, 77	12	5,6666	7,00%
		Hijos	7, 12, 15, 23, 29, 32, 33, 34, 58, 76	10	5,33233	6,58%
		Otros	3, 51, 73	3	1,833	2,26%
Elaboración de situaciones	Situaciones novedosas vinculadas a cuestiones adaptativas	Con el Otro	7, 20, 41, 59, 65	5	2,16663	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	1,49967	1,85%
		Mejora del estado del ánimo	5, 28	2	1	1,23%
		Generar un desarrollo personal	6, 17, 37, 50, 60, 72, 80	7	2,58326	3,19%
		Mejorar la calidad de vida / Bienestar	17, 40, 43	3	1,75	2,16%
Recuperación	Recuperar cosas que se perdieron		18	1	0,3333	0,41%

Dimensiones	Categorías	Sub- Sub-categorías	Casos	Q de Casos	Valor	%
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	4,4166	5,45%
		Enfermedad	45, 59, 60	3	1,83	2,26%
		Cambios de conducta	3, 5, 6, 8, 12, 19, 32, 35, 78	9	3,8326	4,73%
		Situaciones de la vida cotidiana	Situación económica	14, 56, 67	3	1,8333
Mejora de aspectos psicológicos	Emocional	Situación laboral	38, 48, 66, 76	4	1,6666	2,06%
		Lograr una estabilidad anímica	13, 24, 30, 38, 42, 46, 48, 75	8	4,99997	6,17%
		Regulación de la angustia / Trabajo sobre ansiedades	7, 12, 21, 28, 30, 31, 52, 60, 61, 63, 68, 69, 70, 71, 77, 78	16	7,8329	9,67%
	Capacidad expresiva	Afrontar temores	55	1	1,00	1,23%
		Desarrollar la capacidad expresiva / Mejorar expresividad	18, 40, 67	3	1,3333	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	4,9166	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	3,3333	4,12%
	Resolución de problemas		9, 14, 19, 20, 25, 26	6	3,6663	4,53%
	No Sabe/No Contesta:		36, 62	2	2	2,47%
				158,00	81,00	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 la resolución de problemas puntuales (6 de 158, 4,53%), en los que 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 estos. En relación con 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, la importancia de haber podido resolver problemas (8 de 111 logros, 14,04%). En tercer lugar, logros en relación con los estados afectivos (17 de 111, 12,41%), dentro de los cuales se destaca la regulación de 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>2</sup>. En sexto lugar, aparecen referencias a la aceptación de situaciones (2,47%). En séptimo lugar, logros en relación con la expresividad (2,16%).

2 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 con los logros obtenidos fueron: 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).

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%

Dimensión	Categoría	Casos	Q de Casos	Valor	%
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%
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%
Totales:	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 emocionales	14, 19, 44, 64	4	1,3663	1,69%
	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 (ej.: 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%

Dimensión	Categoría	Casos	Q de Casos	Valor	%
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%
Total:	100,00%

Fuente: Autores

En tercer lugar, aparecen logros en relación con los vínculos (25 de 136, 15,16%). La diferencia entre estos últimos dos, radica en que los logros en relación con vínculos aparecen relacionados 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%), y el otorgado 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 encuentran 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 en 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 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. Estas cifras sugieren 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 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**

Logros según Paciente	%	Logros según el terapeuta	%	Discrepancias	%
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%
Totales:	100%	Total:	100,00%	Total:	0,00%

Fuente: Autores.

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

Discrepancias	%
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%
Totales:	0,00%

Fuente: Autores.

Frente 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 el que 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, se aprecia 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 en 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 que los primeros se encuentran más atentos a cuestiones coyunturales, mientras que los terapeutas realizan valoraciones de acuerdo con 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 con estos estudios no nos permite establecer ningún tipo de relación (Barreira, 2020).

Respecto a que la selección de la muestra se realizó 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 también en su posibilidad de réplica en diferentes servicios o centros de salud mental; 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.

## 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. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 67-84. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352003000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300005&lng=es&tlng=es).
- Barreira, I. (2016). Historia de las terapias breves y focalizadas en Argentina. Su importancia para la atención primaria de la salud. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1, 37-57. <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/article/view/3803>
- Barreira, I. y Bevacqua, L. (30 de agosto al 1 de septiembre de 2017). *Terapias psicológicas basadas en la evidencia*. Ponencia del Congreso Nuevas familias – Nuevas infancias. La clínica hoy, Buenos Aires, Argentina.
- Barreira, I., Bevacqua, L., Varela, P. y Amaya, C. (28 de noviembre al 12 de diciembre de 2018). *Evaluación de efectividad en psicoterapias breves y focalizadas: justificación y prueba piloto*. Ponencia 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://jimemorias.psi.uba.ar>. Buenos Aires, Argentina.
- Barreira, I., Bevacqua, L. y Alegre De Leo, P. (2018). Resultados de procesos psicoterapéuticos en dispositivos breves y focalizados. *Anuario de Investigación USAL*, V(5), 165-166. <https://p3.usal.edu.ar/index.php/anuarioinvestigacion/article/view/4503>
- Barreira, I., Bevacqua, L., Varela, P. y Amaya, C. (27 al 29 de noviembre de 2019). *Evaluación de efectividad en psicoterapias breves y focalizadas: resultados y desafíos*. Ponencia del XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Clínica. El síntoma y la época, Buenos Aires, Argentina.
- Barreira, I. (2020). Revisión sistemática sobre efectividad en psicoterapias breves y focalizadas. *Perspectivas Metodológicas*, 20(1), 1-18. <https://doi.org/10.18294/pm.2020.3235>
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13, 3-21. <https://doi.org/10.1007/BF00988593>
- Cortada de Kohan, N., Macbeth, G. y López Alonso, A. (2008). *Técnicas de investigación científica*. Lugar Editorial.
- De Lellis, M. (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*, 19(3), 247-256. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- 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*, XXVII(2), 107-114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6577683>
- 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. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352010000400002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400002&lng=es&tlng=es).
- 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. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100002&lng=es&tlng=es).
- 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.
- Glaser, B. & 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*, 21(2), 173-190. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281927588009.pdf>
- 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*, 16, 43-51. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945004.pdf>
- Juan, S., Etchebarne, I., Gómez Penedo, J., & 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. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/ROUSSOS.SAP14.pdf>
- Poch, J. y Ávila-Espada, A. (1998). *Investigación en psicoanálisis*. Editorial Paidós.