

Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 27 No. 3

Septiembre de 2024

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES PSICÓTICOS EN DISPOSITIVOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL CON COBERTURA DEL PLAN MÉDICO OBLIGATORIO

Ignacio Barreira¹, Silvia Comastri², Leandro Nicolás Bevacqua³, María Camila Bidal⁴, Paula Daniela Varela⁵, César Gabriel Amaya⁶ y Pamela Vignati⁷

Universidad del Salvador
Argentina

RESUMEN

Los tratamientos psicológicos realizados en la República Argentina con cobertura de obras sociales y empresas de medicina prepaga, suelen tener la impronta lógica de la atención primaria de la salud (APS), en donde el Plan Médico Obligatorio (PMO) establece una cantidad de prestaciones asignadas a cada especialidad. El objetivo del presente estudio radica en evaluar la efectividad de tratamientos psicológicos realizados con pacientes con diagnóstico de psicosis con cobertura del Plan Médico Obligatorio (PMO). A tales fines, se realizó una evaluación longitudinal de personas que consultaron espontáneamente en un centro de salud mental radicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que presentaron diagnóstico de

¹ Director del Doctorado en Psicología (USAL). Director del Proyecto de Investigación “Efectividad de tratamientos psicológicos de pacientes psicóticos en dispositivos de internación psiquiátrica” radicada en Corrientes, financiado por UCP. ORCID 0000-0002-2965-6412.
ignacio.barreira@usal.edu.ar

² Dra. en Psicología (USAL). <https://orcid.org/0000-0001-8363-9261>. silvia.comastri@usal.edu.ar

³ Esp. en Psicología Clínica. <https://orcid.org/0000-0001-7696-3477>.
bevacqua.leandronicolas@usal.edu.ar

⁴ Esp. en Clínica Psicosomática y en Psicodrama. <https://orcid.org/0000-0002-9381-098X>.
maria.bidal@usal.edu.ar

⁵ Esp. en Clínica Psicoanalítica de Niños y Adolescentes. <https://orcid.org/0000-0002-6305-0238>.
pauladvarela@hotmail.com

⁶ Esp. en Psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada. <https://orcid.org/0000-0003-4241-1521>.
cesarius1@hotmail.com

⁷ Esp. en Evaluación y Diagnóstico Psicológico. <https://orcid.org/0000-0003-1765-5882>.
pamela.vignati@usal.edu.ar

trastorno del espectro de la esquizofrenia. La muestra relevada es de 15 consultantes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para el estudio. Los instrumentos utilizados para realizar la evaluación y seguimiento fueron la escala PANSS y la COP 13, consignándose datos clínicos tales como motivos de consulta, focos acordados, objetivos cumplidos y logros. Los resultados que se presentan se remiten a evidencia generada entre abril de 2022 y septiembre de 2023. Se presentan resultados parciales de la investigación sobre 15 casos, específicamente de los puntajes obtenidos en seguimientos mensuales de la PANSS y la Cop 13. De acuerdo con los resultados, se plantea el debate sobre una adecuación parcial del PMO para este tipo de pacientes.

Palabras clave: Psicología clínica – Psicoanálisis – Salud Mental – Trastorno de la Esquizofrenia – Trastorno psicótico

PSYCHOLOGICAL TREATMENTS OF PSYCHOTIC PATIENTS IN OUTPATIENT MENTAL HEALTH DEVICES WITH COVERAGE OF THE MANDATORY MEDICAL PLAN

ABSTRACT

Psychological treatments carried out in the Argentine Republic with coverage by social works and prepaid medicine companies usually have the logical imprint of Primary Health Care (PHC), where the Mandatory Medical Plan (PMO in spanish) establishes a number of assigned benefits. to each specialty. The objective of the present study is to evaluate the effectiveness of psychological treatments carried out with patients diagnosed with psychosis covered by the Mandatory Medical Plan (PMO). For this purpose, a longitudinal evaluation was carried out on people who spontaneously consulted a mental health center located in the Ciudad Autónoma de Buenos Aires who presented with a diagnosis of schizophrenia spectrum disorder. The sample surveyed is 15 consultants who met the inclusion criteria established for the study. The instruments used to carry out the evaluation and follow-up were the PANSS scale and the COP 13, recording clinical data such as reasons for consultation, agreed focuses, objectives met and achievements. The results presented refer to evidence generated between April 2022 and September 2023. Partial results of the investigation on 15 cases are presented, specifically the scores obtained in monthly monitoring of the PANSS and Cop 13. In accordance with the results, the debate arises about a partial adaptation of the PMO for this type of patients. Keywords: Clinical psychology – Psychoanalysis – Mental Health – Schizophrenia Disorder – Psychotic Disorder.

No resulta habitual encontrar evidencia sobre tratamientos psicológicos realizados por pacientes psicóticos efectuados en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS). Estas personas suelen ser tratadas en marcos de trabajo más complejos que incluyen otros factores además de los necesariamente psicoterapéuticos, como por

ejemplo la administración de psicofármacos por parte de médicos especializados en psiquiatría, o la presencia de familiares. Estas cuestiones responden a la importancia del acompañamiento que estos pacientes pueden presentar frente a las eventualidades que presuponen sus eventuales desestabilizaciones. Por otra parte, es de esperar que por las dificultades que estos pacientes presentan, los tratamientos tiendan a extenderse y el ausentismo a incrementarse. En consecuencia, los tratamientos realizados por pacientes que presentan cuadros psicóticos moderados y severos suelen ser realizados en dispositivos de salud mental que implican una complejidad que suele ser mayor a lo que la lógica de la APS permite tratar, como por ejemplo hospitales de día, dispositivos grupales en abordajes multidisciplinarios o internaciones hospitalarias. En los casos de cuadros psicóticos leves que implican buena funcionalidad, las psicoterapias en combinación con tratamientos psiquiátricos suelen ser la opción más frecuente. Resulta extraño observar que los pacientes asistidos realicen consultas psicológicas que no impliquen la presencia de estos factores en la consideración del profesional tratante. El presente estudio releva tratamientos psicológicos realizados por pacientes que presentan diagnóstico de Trastorno de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (DSM 5, 2014) en un dispositivo de consultorios externos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los mismos ingresan por consulta espontánea buscando la prestación de psicoterapia en una institución que presta servicios en Salud Mental de acuerdo con la cobertura que otorga el Plan Médico Obligatorio (PMO). El objetivo del mismo radica en evaluar la efectividad de estos tratamientos desde la perspectiva representacional del paciente/usuario y del terapeuta por medio de la evaluación de la escala PANSS (Kay et al., 1987; Aboraya y Nasrallah, 2016), y COP-13 (Souffir et al., 2018). Se realizó una revisión sistemática en la que se rastrearon antecedentes de esta investigación que arrojó escasos a nulos resultados en relación a investigaciones que utilizaran la escala PANSS y la Cop 13 para generar evidencia en este tipo de poblaciones de pacientes tratados en dispositivos ambulatorios (Barreira et al, 2022a); alternativamente a esa, otro equipo realizó otra revisión sistemática sobre la utilización de estos instrumentos en el seguimiento de pacientes internados en dispositivos de internación psiquiátrica con

resultados similares (Barreira et al., 2023). Los motivos por los cuales estas estrategias no fueron elegidas para investigar este tipo de situaciones responde a que en Iberoamérica son escasos o nulos los proyectos de investigación que se ocupan de las mismas (Barreira et al, 2022a, 2023).

En el presente estudio se presentan resultados de avance de investigación luego de 2 meses de prueba piloto realizada en febrero y marzo de 2022 (Barreira et al., 2022b), y 18 meses de trabajo de campo (entre abril de 2022 y septiembre de 2023), que incluyen datos sobre la población general de pacientes en la que se realizó la investigación y se presenta evidencia generada sobre puntajes de PANSS y Cop 13, obtenidos en 15 casos de acuerdo con un seguimiento mensual. Por motivos de espacio se exponen solo estos resultados, dejando para otras publicaciones lo referido al aspecto cualitativo de la investigación que radica en representaciones de pacientes y terapeutas sobre motivos de consulta, objetivos focales, logros y comentarios sobre tratamientos. La referencia epistemológica del estudio se inscribe en la línea filiatoria de la Investigación Orientada por la Práctica (POR son sus siglas en inglés Practice-Orientated Research), que propone facilitar que los clínicos se involucren activamente en la generación, el desarrollo y el diseño e implementación de proyectos llevados a cabo por o con investigadores (Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018). Se busca generar evidencia sobre la efectividad de los tratamientos realizados en dispositivos ambulatorios desde la perspectiva de los pacientes y los terapeutas que actúan en los mismos (Barkham et al., 2018). Esta línea epistémica sigue los estudios de efectividad que buscan funcionar como comparador de eficacia, basándose en la noción de treatment-as-usual (TAU) (Löfholm et al., 2013). La presente concepción posibilita la articulación de la labor clínica del terapeuta con el trabajo de investigación y la generación de evidencia de calidad en contextos reales.

MÉTODO

Caracterización del diseño metodológico

Se trata de un estudio de tipo descriptivo-exploratorio, longitudinal de tipo mixto que combina metodologías cuantitativas y cualitativas (Hernández Sampieri et al., 2019). En

este sentido, se busca describir estado sintomático de usuarios de salud mental con diagnósticos de trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que consultan en un Centro de Salud Mental de manera espontánea, se busca describir esos estados, al mismo tiempo que se explora sobre la dinámica de lo que buscan en sus consultas, acuerdan con sus terapeutas en focos de trabajo, y opinan sobre sus logros; la parte descriptiva es cuantitativa, triangulando la PANSS y la Cop 13, mientras que la parte exploratoria es cualitativa. En este estudio se presentarán resultados de la parte cuantitativa. Por otra parte, se califica al estudio como una situación de problema epistémico acorde a lo que López Alonso (2006), considera situación de hipótesis de trabajo según la cual hay modelaje teórico de los datos que falta someter a constatación empírica: existen múltiples desarrollos sobre el sistema de APS, clínica de las psicosis, psicoterapia de las psicosis, etc.; pero no hay evidencia empírica de calidad generada para fundamentar los debates sobre qué tipo de decisiones se toman al respecto. En este trabajo se presentarán resultados preliminares de carácter exploratorio de acuerdo con el objetivo de generar evidencia sobre efectividad de tratamientos ambulatorios de pacientes psicóticos en dispositivos de Salud Mental con cobertura de PMO.

Condiciones de trabajo de la institución

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

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

El criterio de inclusión de la muestra se aplicó a personas afiliadas a obras sociales que cumplieran con criterios para diagnóstico de trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico (DSM-5), que los mismos hubieran concluido la escuela primaria, y que tuvieran entre 18 y 50 años. Por su parte, los criterios de exclusión de la muestra aplicó a personas que no cumplan con

los criterios de inclusión de muestra pero que además presentaran: A) Reiterados tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos previos (al menos más de 3 consultas previas, o 2 tratamientos realizados previamente); B) Enfermedades neurológicas que pudieran estar incidiendo en el cuadro psicopatológico; y, C) Certificado Único de Discapacidad (CUD), que incluyera diagnóstico en salud mental u otras discapacidades que pudieran tener incidencia en el cuadro psicopatológico.

Características de los instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron la escala PANSS y la COP-13. En una revisión sistemática reciente (Barreira et al, 2023), hemos caracterizado ambos instrumentos. La escala PANSS (Positive and Negative Scale Symptoms), apareció a finales de la década de 1980. La misma constituye un sistema de evaluación cuantitativo basado en la descripción de síntomas positivos y negativos para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (Kay et al., 1987; Peralta y Cuesta, 1994; Martin López, 2003). Esta escala ha sido utilizada en múltiples estudios, habiendo sido considerada por numerosos investigadores como muy satisfactoria. Se trata de un instrumento que ha sido considerado fiable y válido, y que ha sido muy valorado por la comunidad de investigadores durante décadas. Sin embargo, algunos autores sostienen que los nuevos avances en psicopatología experimental y psiquiatría personalizada, y el paradigma de Criterios de Dominio de Investigación (RDC) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), consideran que debería desarrollarse un nuevo instrumento compatible con los avances en la investigación en neurociencia clínica (Aboraya y Nasrallah, 2016). Mientras se espera este nuevo instrumento, la escala PANSS continúa siendo considerada como un instrumento más que adecuado para la evaluación de los cuadros psicóticos en materia de la psiquiatría descriptiva y psicopatología. La escala PANSS cuenta con 3 ítems de evaluación que se distribuyen en 3 escalas: la escala de síndrome positivo que contiene 7 ítems (PANSS-P), la de síndrome negativo que contiene 7 ítems (PANSS-N), y la de psicopatología general que contiene 16 ítems (PANSS-PG). Las tres escalas se evalúan de acuerdo con una escala de tipo Likert que va de 1 a 7, en donde el puntaje 1 es ausencia de la variable evaluada y el puntaje 7 es presencia extrema. La escala PANSS-P evalúa síntomas positivos de esquizofrenia: Delirios,

Desorganización Conceptual, Alucinaciones, Excitación, Grandiosidad, Suspicacia/perjuicio y Hostilidad. El puntaje mínimo de esta escala es de 7 puntos (ausencia de todos los ítems), mientras que el máximo posible es de 49 puntos (presencia extrema de todos los ítems). La escala PANSS-N evalúa síntomas negativos de esquizofrenia: Embotamiento afectivo, Retraimiento emocional, Contacto pobre, Retraimiento social, Pensamiento abstracto, Fluidez de la conversación y Pensamiento estereotipado. La puntuación es similar a la escala positiva, va de 7 a 49. La escala PANSS-PG evalúa signos y síntomas que pueden estar presentes en estos cuadros pero que no serían los síntomas primarios de la esquizofrenia pero que suelen estar presentes en estos cuadros. Los 16 son ítems son: Preocupación somática, Ansiedad, Sentimientos de culpa, Tensión motora, Manierismos/posturas, Depresión, Enlentecimiento motor, Falta de colaboración, Pensamientos inusuales, Desorientación, Atención deficiente, Ausencia de insight, Trastornos de la volición, Control deficiente de los impulsos, Ensimismamiento y Evitación social activa. El puntaje mínimo de esta escala es de 16 puntos mientras que el máximo es de 112 puntos. En consecuencia, la escala completa de 30 ítems podrá obtener un puntaje mínimo de 30 puntos y un máximo de 210. Esta amplitud dentro de los puntajes permite establecer niveles de desestabilización nula, baja, moderada o severa. Pese a que en esta investigación no nos interesa establecer medidas objetivas en relación con la población, sino tomar los puntajes como puntos de partida, evolución y llegada en los tratamientos, existen baremos que establecen líneas de corte en percentiles 5, 25, 50, 75 y 95 (Servicio Andaluz de Salud, 2010). En esta investigación las medidas serán utilizadas como una medida de descripción clínica para poder identificar de manera objetiva y cuantificada la variación de los estados psicóticos de los pacientes.

El sistema de seguimiento COP 13, también denominado como “Clínica Organizada de la Psicosis”, fue desarrollado por un grupo de psicoanalistas franceses a partir de los años 2000 en el distrito 13 de la ciudad de París. La COP 13 consiste en una evaluación de variables psicopatológicas, psicosociales y ambientales desde una perspectiva psicodinámica y social, posibilitando la generación de evidencia sobre el paciente y de los cambios presentados en cinco ejes: destructividad, modalidades

de categctización, estados del yo, descripción de la situación social y equilibrio interactivo paciente-familia-dispositivo de tratamiento (Odier, 2016; Souffir et al., 2018).

El procedimiento de evaluación fue diseñado como una evaluación transversal y longitudinal identificándose diferentes momentos de generación de evidencia: la admisión, el proceso psicoterapéutico, el cierre y un monitoreo posterior a la conclusión del mismo. Las evaluaciones transversales se realizaron quincenalmente a fin de poder establecer una curva en el rendimiento de estos pacientes en los tratamientos. La diferencia entre ambos instrumentos apuntó a generar evidencia sobre los síntomas de los pacientes desde una perspectiva de la psiquiatría descriptiva (PANSS), y desde la psicopatología psicodinámica (COP 13). La triangulación metodológica permite evaluar la evolución de los síntomas de los pacientes desde diferentes perspectivas.

La Cop 13 es una escala de seguimiento clínico psicoanalítico que contiene 5 dimensiones: Destructividad, Modalidades de categctización y descategctización, Estados del yo, Situación social y Equilibrios interactivos paciente-familia-dispositivo. Cada dimensión contiene ítems que se evalúan de acuerdo con un Likert de 3 opciones que van de 0 a 2 en donde 0 es “ausencia” de la variable evaluada, 1 es “presencia” y 2 puntúa “presencia intensa”. En la dimensión Destructividad se encuentran los ítems: Ataque al objeto de apuntalamiento (padres y equipo tratante), Ataque al propio cuerpo, Ataque a la vivienda y Ataques a las condiciones materiales de existencia; esta dimensión que contiene 4 ítems se puntúa de 0 a 8. En la dimensión Modalidades de categctización y descategctización encontramos Retraimiento del mundo exterior, Descategctización del mundo interno, Trastornos del sí mismo (Self), Alucinaciones/Delirios y Categctización del mundo exterior; esta dimensión que contiene 5 ítems se puntúa de 0 a 10. Los Estados del yo contienen los ítems Trastorno mayor de la interacción con el medio familiar, Capacidad de autonomización del medio familiar y/o del medio terapéutico, Presencia de crisis disruptivas (alucinaciones, acceso delirante, excitación, depresión severa, impulsiones graves), Sensibilidad del equilibrio global al cambio, Relación del sujeto con los trastornos o con la enfermedad, Trastornos del humor, Presencia de rasgos

o de síntomas no psicóticos y Angustia; esta dimensión que contiene 8 ítems se puntúa de 0 a 16. La dimensión Situación social contiene Gestión de los bienes personales y manejo del dinero, Alojamiento, Trabajo remunerado, Vida doméstica y Pasatiempos; esta dimensión que contiene 5 ítems se puntúa de 0 a 10. Por último, la dimensión Equilibrios interactivos paciente-familia-dispositivo contiene Relación paciente-familia, Relación familia-paciente, Relación entre la familia y el dispositivo de tratamiento y Relación del paciente con el dispositivo de tratamiento; esta dimensión que contiene 4 ítems se puntúa de 0 a 8. La escala completa de 26 ítems podrá obtener un puntaje mínimo de 0 puntos y un máximo de 52. Esta amplitud dentro de los puntajes permite establecer niveles de desestabilización nula, baja, moderada o severa; pero a diferencia de la PANSS cada dimensión implica una relevancia diferente, sobre todo si agrupamos por un lado a las primeras 3 que aplican a cuestiones clínicas del paciente y por otro lado a las últimas 2 que hacen mención a cuestiones de autonomía/funcionalidad y contexto humano, que es altamente relevante de ser evaluado. La Cop 13 no cuenta con baremos o medidas objetivas sobre niveles de desestabilización porque es una escala de seguimiento clínico; no obstante, su cuantificación permite utilizar sus medidas como una descripción clínica que permita identificar de manera objetiva y cuantificada la variación de los estados psicóticos de los pacientes desde una perspectiva psicodinámica.

Definición de variables

Las variables independientes y dependientes identificadas en el planteo de investigación serían: a) variable independiente: cuadro psicótico del paciente que consulta. Luego se aplica el tratamiento psicológico breve y focalizado; de lo que resulta, b) variable dependiente: cambios generados (o no) por el tratamiento en el paciente. Para darle forma concreta a este esquema, se operativiza el diseño considerando las evaluaciones de la PANSS y de la Cop 13. En consecuencia, las variables evaluadas serán síntomas positivos, síntomas positivos y síntomas generales en la PANSS, y las variables destructividad, modalidades de categatización y descategatización, estados del yo, situación social y equilibrios interactivos paciente-familia-dispositivo en la Cop 13. Las mismas se evaluarán

desde el ingreso y a lo largo del tratamiento para describir cómo las mismas se van dando durante el proceso psicoterapéutico.

Alcances del estudio

De acuerdo con este diseño metodológico, las variables establecidas y los instrumentos elegidos para el trabajo, cabe destacar por tratarse de una investigación que se basa en situaciones clínicas en la que la muestra es de 15 pacientes de salud mental de gravedad de moderada a severa, el estudio se califica como caso testigo, lo que implica que sus resultados no pretenden ser generalizados. El valor del estudio radica en testimoniar qué tan efectiva resulta la implementación de estos tratamientos en poblaciones que *a priori* no parecerían adecuadas para estos abordajes, y establecer índices de efectividad a partir de estas descripciones. En consecuencia, su limitación radica en que se trata de evidencia de calidad no generalizable, sin pretensiones de que tenga validez epidemiológica.

Figura 1. Diseño metodológico



Fuente: elaboración propia

Procedimiento

En relación con el procedimiento, el mismo tuvo en cuenta la siguiente secuencia:

1. Consulta espontánea por parte de una persona afiliada a una Obra Social que tiene convenio con la institución de cobertura por PMO.
2. A esa persona se le asigna un turno para realizar una entrevista de admisión.
3. En esa entrevista, el asesor procede de acuerdo con la política de trabajo del centro. En caso de ser admitidos para psicoterapia individual, se indicará una prestación que será realizada

en 12 entrevistas con la metodología propia de la psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada. 4. Se explica la metodología de trabajo. 5. Se firma un consentimiento de prestación en el que figura que, en caso de ausentarse dos veces sin aviso previo o tres veces con aviso, se suspenderá la prestación. 6. En caso de cumplir con los criterios de inclusión de la muestra de nuestra investigación, se le ofrece participar y se presenta un consentimiento informado, luego se consigna el motivo de consulta y se acuerdan objetivos de trabajo focalizado. 7. El terapeuta administra PANSS y COP 13 luego de la primera entrevista. 8. Posteriormente, se realizan evaluaciones quincenales con PANSS y COP 13. 9. Al finalizar el tratamiento se realizan evaluaciones con PANSS, COP 13 y se evalúan logros desde la perspectiva del paciente y del terapeuta. 10. Al año de finalizado el tratamiento, se realiza una entrevista telefónica de seguimiento para evaluar las valoraciones del paciente sobre la importancia del tratamiento realizado.

Caracterización de la población y la muestra

La investigación se inició en febrero de 2022, utilizándose los primeros dos meses para el inicio de las actividades y la realización de una prueba piloto. Producto de la misma, se realizaron ajustes menores en el modus operandi del trabajo de generación de evidencia, por lo cual se decidió incorporar a la muestra definitiva un caso que inició en ese período (Barreira et al., 2022b). En abril de 2022 se inició la fase de investigación propiamente dicha con la generación de evidencia. En septiembre de 2023 se realizó un corte para poder presentar avances de investigación, pero cabe resaltar que después de septiembre de 2023 se continuó con el trabajo de campo.

Tabla 1. Ingresos por mes

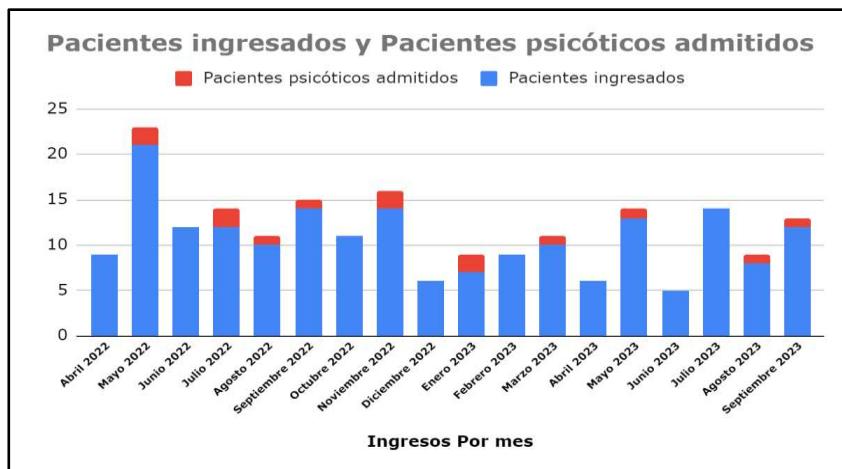
Mes	Ingresos	%
Abril 2022	9	4,66%
Mayo 2022	21	10,88%
Junio 2022	12	6,22%
Julio 2022	12	6,22%
Agosto 2022	10	5,18%
Septiembre 2022	14	7,25%

Mes	Ingresos	%
Abril 2022	9	4,66%
Mayo 2022	21	10,88%
Junio 2022	12	6,22%
Julio 2022	12	6,22%
Octubre 2022	11	5,70%
Noviembre 2022	14	7,25%
Diciembre 2022	6	3,11%
Enero 2023	7	3,63%
Febrero 2023	9	4,66%
Marzo 2023	10	5,18%
Abril 2023	6	3,11%
Mayo 2023	13	6,74%
Junio 2023	5	2,59%
Julio 2023	14	7,25%
Agosto 2023	8	4,15%
Septiembre 2023	12	6,22%
Total:	193	100,00%

Fuente: elaboración propia

De este modo se dio la posibilidad a que más personas pudieran sumarse a la población entre octubre de 2023 y enero de 2024. En consecuencia, se presentan resultados sobre evidencia generada a lo largo de 18 meses de trabajo entre abril de 2022 y septiembre de 2023. Se realizó un conteo de las consultas que se presentaron en la clínica de manera espontánea o por derivación de otros profesionales. De estas se consignó género, edad y diagnóstico de los consultantes. Las admisiones contabilizaron un total de 193 consultas, promediando algo más de 11 admisiones mensuales. De ese total, hubo 14 casos que aplicaron a los criterios de inclusión de la muestra que consistió en presentar diagnóstico de trastornos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. A estos 14 casos se sumó uno de la prueba piloto de febrero de 2022, conformándose la presente muestra de 15 casos que se analizarán a continuación. Al momento de calcular los diagnósticos, debe advertirse que a cada persona evaluada le ha correspondido al menos un diagnóstico (157 personas de las 193 que componen la muestra), pero en algunos casos se han referido dos diagnósticos (35 personas), y un único caso con tres diagnósticos, lo que nos arroja un total de 230 diagnósticos en 193 personas.

Tabla 2. Pacientes ingresados y pacientes psicóticos admitidos



Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Consultantes y diagnósticos

	Personas evaluadas	Diagnósticos
Pacientes con un diagnóstico	157	157
Pacientes con dos diagnósticos	35	70
Pacientes con tres diagnósticos	1	3
Totales:	193	230

Fuente: elaboración propia

En la población general se observó una preponderancia del diagnóstico de “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (32,17 %). Se infiere que esto se debe a que el abordaje realizado en la clínica se encuentra ligado a la atención primaria de salud. Se observa junto con ello que el capítulo de los “Trastornos de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” representó a un 6,09% de las consultas generales, conformando un porcentaje menor en esas consultas, pero no por ello menos relevante. Los pacientes psicóticos en cuestión presentaron un solo diagnóstico; no dos ni tres figuras diagnósticas.

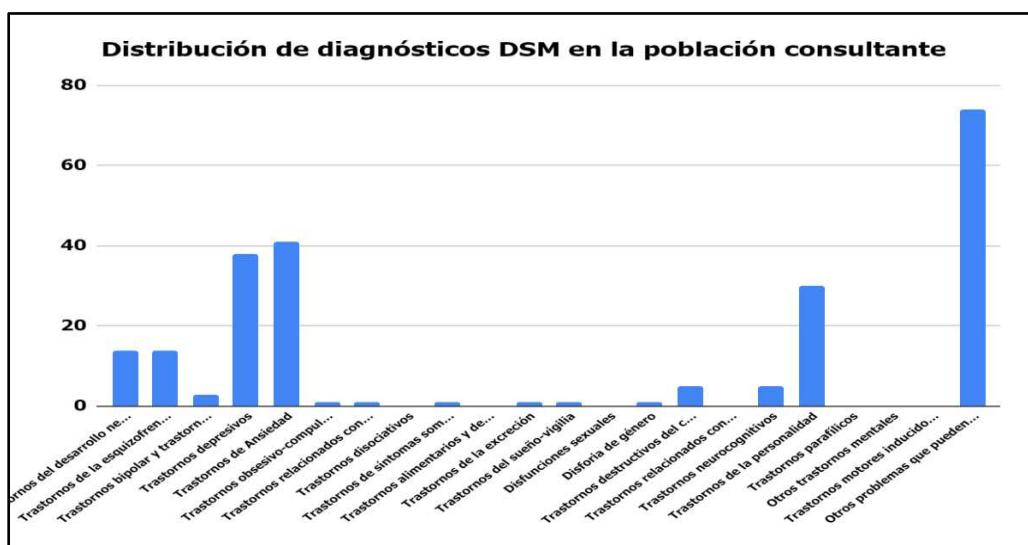
Tabla 4. Distribución de diagnósticos DSM en la población consultante

Capítulo del DSM		N	%
1	Trastornos del desarrollo neurológico	14	6,09%
2	Trastornos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	14	6,09%
3	Trastornos bipolar y trastornos relacionados	3	1,30%
4	Trastornos depresivos	38	16,52%
5	Trastornos de Ansiedad	41	17,83%
6	Trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	1	0,43%
7	Trastornos relacionados con traumas y factores del estrés	1	0,43%
8	Trastornos disociativos	0	0,00%
9	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	1	0,43%
10	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	0	0,00%
11	Trastornos de la excreción	1	0,43%
12	Trastornos del sueño-vigilia	1	0,43%
13	Disfunciones sexuales	0	0,00%
14	Disforia de género	1	0,43%
15	Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	5	2,17%
16	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	0	0,00%
17	Trastornos neurocognitivos	5	2,17%
18	Trastornos de la personalidad	30	13,04%
19	Trastornos parafílicos	0	0,00%
20	Otros trastornos mentales	0	0,00%
21	Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos	0	0,00%
22	Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	74	32,17%
Total:		230	100,00%

Fuente: elaboración propia

En relación con las edades de los consultantes, se destacan las consultas de adolescentes en un 15,54% (franja de 15 a 19 años), siendo algo menos de un sexto de la población. En segundo lugar, aparece la franja de adultos de 40 a 44 años (11,92%), seguido de las tres franjas subsiguientes: 45 a 49 años (9,84%), 50 a 54 años (9,33%), y 55 a 59 años (7,25%). El segmento de adultos que va de los 40 a 59 años acumula 74 de los 193 consultantes, lo que representa casi el 36% del total; es decir, entre un tercio y un quinto de la población consultante total. En lo respectivo al género, resulta destacable que el 68,91% de la población consultante es femenino, mientras que un 30,57% es masculino, identificándose sólo un único caso de persona trans (0,52%).

Tabla 5. Distribución de diagnósticos DSM en la población consultante



Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Diagnósticos de la muestra

Diagnóstico		Casos	Q de Casos	%
F20.9	Esquizofrenia	1, 3, 6, 7, 8	5	33,33%
F22	Trastorno delirante	2, 11, 13	3	20,00%
F29	Trastorno psicótico no especificado	4, 5, 9, 10, 12, 14, 15	7	46,67%
		Total:	15	100,00%

Fuente: elaboración propia

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

Tabla 7. Distribución de la población consultante por franja etárea



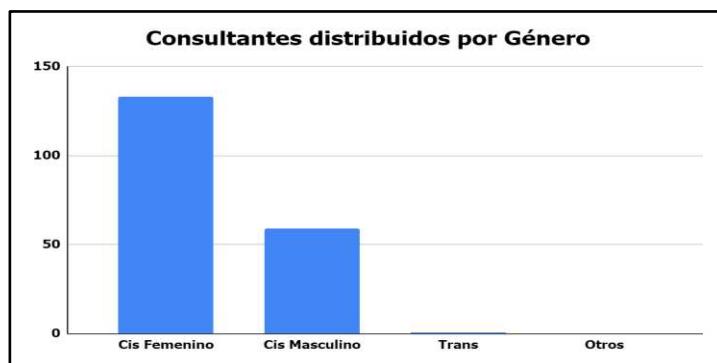
Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Distribución de población consultante por franja etárea

Edad	N	%	N Acumulado	% Acumulado
0 a 4	2	1,04%	2	1,04%
5 a 9	7	3,63%	9	4,66%
10 a 14	15	7,77%	24	12,44%
15 a 19	30	15,54%	54	27,98%
20 a 24	8	4,15%	62	32,12%
25 a 29	5	2,59%	67	34,72%
30 a 34	14	7,25%	81	41,97%
35 a 39	9	4,66%	90	46,63%
40 a 44	23	11,92%	113	58,55%
45 a 49	19	9,84%	132	68,39%
50 a 54	18	9,33%	150	77,72%
55 a 59	14	7,25%	164	84,97%
60 a 64	9	4,66%	173	89,64%
65 a 69	11	5,70%	184	95,34%
70 a 74	5	2,59%	189	97,93%
75 a 79	3	1,55%	192	99,48%
80 a 84	1	0,52%	193	100,00%
85 en adelante	0	0,00%	193	100,00%
Total:	193	100,00%		

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Distribución de población consultante por género



Fuente: elaboración propia

Tabla 10. Agente de la consulta

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

Fuente: elaboración propia

RESULTADOS

Se presentan resultados sobre tratamientos de 15 pacientes de acuerdo con las escalas PANSS y la Cop 13. En la tabla 11 podrá advertirse en qué estado se encuentra cada tratamiento. En la muestra actual, 11 de los 15 casos (73,33% de la muestra), concluyeron sus tratamientos: porque fueron derivados a otros dispositivos (los casos 3 y 7 fueron derivados a internación psiquiátrica); abandonaron (casos 9, 10 y 11); o concluyeron cumpliendo con sus objetivos (casos 1, 5, 6, 8, 12 y 14). Los cuatro casos restantes se encontraban en tratamiento al momento de entregar el artículo (casos 2, 3, 13 y 15), y todavía hay posibilidad de sumar nuevas personas que se incorporen a la muestra hasta diciembre de 2023.

Tabla 11. Muestra: estado de los tratamientos

Estado del Tratamiento	Casos	Q de Casos	%
En tratamiento	2, 3, 13, 15	4	26,67%
Concluyó	1, 5, 6, 8, 12, 14	6	40,00%
Abandonó	9, 10, 11	3	20,00%
Derivado a otro dispositivo	3, 7	2	13,33%
	Total:	15	100,00%

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Muestra: asistencia, ausentismo y utilización de entrevistas

Caso	Asistió	Se ausentó	Entrevistas totales	Estado del tratamiento
1	40	7	47	Concluido
2	19	10	29	En curso
3	35	6	41	En curso
4	25	10	35	Abandonó
5	19	0	19	Concluido
6	38	5	43	Concluido
7	5	0	5	Abandonó
8	27	8	35	Concluido
9	12	1	13	Derivado
10	2	0	2	Derivado
11	8	3	11	Derivado
12	20	1	21	Concluido
13	22	0	22	En curso
14	14	0	14	Concluido
15	1	0	1	En curso
Totales	287	51	338	
%	84,91%	15,09%	100,00%	
Promedio	20,50	3,64	24,14	

Fuente: elaboración propia

En relación con los 6 casos que concluyeron sus tratamientos (40% de la muestra), los mismos presentaron su conformidad en el cumplimiento de sus tratamientos acorde a lo pactado al momento del inicio. Sin embargo, estos mismo manifestaron

que al año siguiente, al renovarse las 30 entrevistas anuales que le corresponden por cobertura, volverían a retomarlas sin indicar sin motivos concretos (Barreira et al., 2023). Esta situación presenta paradoja ya que resulta curioso que una persona que se retira de alta de tratamiento se vaya satisfecha pensando en una continuidad y no en un ciclo cerrado. En este sentido, la valoración del procedimiento parece más vinculada con lo que la institución aporta, posibilita, otorga como beneficio (el tratamiento), y la posibilidad de continuar utilizándolo, que de cese de prestación.

En la tabla 12 puede advertirse la cantidad de entrevistas que cada uno de los pacientes utilizó, indicando las veces que concurrieron a realizar sus tratamientos, las veces que se ausentaron y el total de las entrevistas realizadas en cada caso. Si los tratamientos se acordaban para ser realizados de manera completa y se estimaban 12 entrevistas, los resultados indican que el promedio de prestaciones utilizadas por estos pacientes supera el promedio de más de las 24 entrevistas por persona, lo que constituye el doble de lo esperado. Por su parte, si el ausentismo permitido era de dos a tres entrevistas, puede advertirse cómo el promedio de ausentismo excede las tres entrevistas, llegando a estar más cerca de cuatro. Es decir, respeta la proporción de presentes y ausentes, pero sobre la base del doble de prestaciones preestablecidas.

En relación con la extensión de los tratamientos, el sistema de trabajo del centro de salud mental implica un plan de 12 entrevistas. En otra investigación en la que se evaluó exactamente lo mismo, pero en poblaciones de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad y de otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, el promedio de entrevistas por tratamiento concluido fue entre 14 y 15 (10 entrevistas menos en promedio), con muy buenos resultados (Barreira et al., 2020). En aquellas experiencias con pacientes con diagnósticos de menor gravedad, el trabajo terapéutico resultó exitoso, logrando el cumplimiento de los objetivos acordados con los pacientes. Esto se tradujo en una adecuada orientación a los consultantes en relación a sus propias problemáticas, teniendo en cuenta que las prestaciones fueron realizadas con cobertura de PMO en el contexto de la atención primaria de la salud (Barreira et al., 2022c).

En el caso de esta muestra de pacientes psicóticos, se advierte que la cantidad de entrevistas duplicó lo planificado originalmente (cantidad que de hecho se puede seguir incrementando ya que la investigación continúa activa, lo que hace esperable que el promedio de prestaciones vaya a aumentar todavía más). Entre los motivos que se vinculan a la extensión de los tratamientos, se destacan varias dificultades. A modo de síntesis, se puede decir que estas radicaron en: inconvenientes para cumplir con el marco de trabajo, los pacientes que lograron establecer un acuerdo de objetivos presentaron dificultades significativas para organizarse en relación a éstos; no suelen identificar si los objetivos preestablecidos se cumplen, no registran el hecho de que un hilo conductor pueda ser el que le dé sentido al tratamiento psicológico; durante las entrevistas suelen abordar asuntos coyunturales de sus vidas cotidianas sin realizar consideraciones sobre la elaboración de sus situaciones; etc. (Barreira et al., 2023). Se reproducen dificultades presentadas por los pacientes en sus tratamientos en la tabla 13.

Tabla 13. Dificultades presentadas por los pacientes en sus tratamientos

A. Un alto grado de ausentismo en las entrevistas programadas
B. Una dificultad en establecer una lógica de trabajo previsible
C. La importancia otorgada a la relación terapéutica por parte del paciente
D. Las indicaciones que el equipo tratante debe realizar en función de situaciones que ocurren durante los tratamientos.

Fuente: Barreira et al., 2023

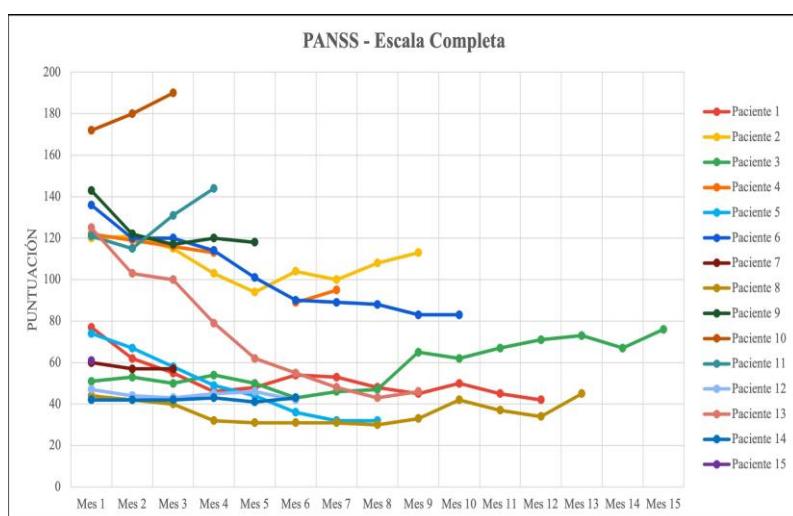
En relación con el ausentismo, no resulta tan significativo el promedio de ausentes de acuerdo con la cantidad de entrevistas realizadas (proporcionalmente acorde con el límite de ausentes permitidos: 2 en 12 entrevistas, 4 en 24 entrevistas), como el detalle en algunos casos puntuales: mientras hubo pacientes que no se ausentaron nunca (casos 5, 7, 13, 10, 14, 15), u otros que se ausentaron una única vez (casos 9 y 12), otros tuvieron un fuerte ausentismo como los casos 1, 2, 3, 4, 6 y 8. En relación con los casos con nulo o bajo ausentismo, cabe resaltar lo observado oportunamente por Jean-Claude Maleval en relación al vínculo que se puede dar entre un paciente psicótico y su psicoanalista, que responde a lo que denomina

como clínica de la suplencia; es decir, que la relación terapéutica puede funcionar como un vínculo estabilizador para el paciente (Maleval, 2020).

Los casos que presentaron ausentismo alto, ninguno de ellos faltó más veces de las que concurrió; sin embargo, considerando que el acuerdo con el régimen de ausentismo establecido (2 de 12 entrevistas, un 16,66%), el caso 1 se ausentó a 7 de 47 entrevistas (14,89%); el 2, faltó a 10 de 29 sesiones (34,48%); el 3, 6 de 41 (14,63%); el 4, 10 de 35 (28,59%); el 6, 5 de 43 (11,62%); y el 8, 8 ausentes de un total de 35 entrevistas (22,85%). Este análisis cuantitativo de proporciones deja entrever cierta inestabilidad en la conducta de algunos pacientes que faltan a sus tratamientos, pero no los abandonan.

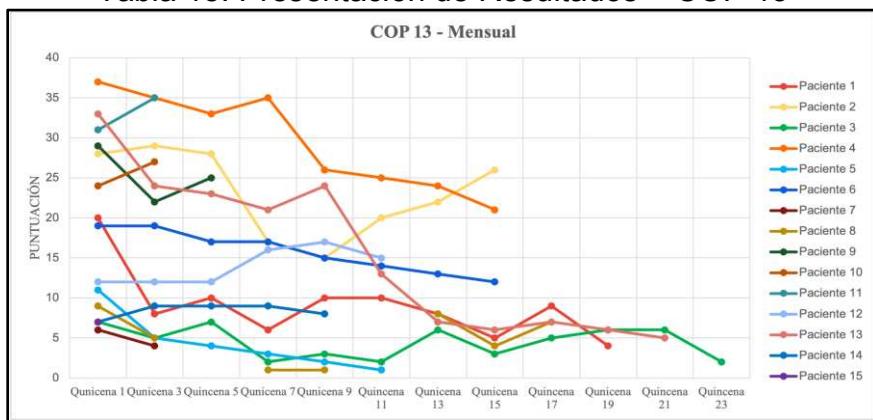
Respecto a la PANSS y la Cop 13, antes de realizar un análisis de resultados en cada caso, vale resaltar lo que sería esperable: que ambas escalas muestren tendencias generales hacia la disminución de los síntomas en general ya que en todo tratamiento psicológico la expectativa es que se vaya dando una mejoría paulatina. En relación a los resultados de los tratamientos realizados por estas personas, las tablas 14 y 15 muestran datos de los tratamientos en términos de puntajes de la Escala PANSS y la COP 13. Asimismo, se pueden identificar de manera horizontal la evolución de los tratamientos y los puntajes que figuran consisten en la suma total de cada ítem y sub-escalda.

Tabla 14. Presentación de Resultados – Escala PANSS



Fuente: elaboración propia

Tabla 15. Presentación de Resultados – COP 13



Fuente: elaboración propia

Una primera observación que puede hacerse acerca de los casos que se presentaron espontáneamente a consulta psicológica, tanto desde la PANSS como de la Cop 13, radica en que la intensidad de los síntomas puede ser muy variada como punto de partida. Esto se debe a que los puntajes de inicio oscilan entre 42/180 en el caso 14, a 172/210 en el caso 10 para la PANSS; y entre 6/52 en el caso 7, y 33/52 en el caso 13 para la Cop13. Esta diferencia es propia de cada cuadro, y no resultó significativa en relación con el hecho de que todos los casos pudieron ser admitidos para el dispositivo de psicoterapias breves y focalizadas.

Una segunda observación consiste en advertir que en la PANSS la evolución de los tratamientos no necesariamente implica una disminución sintomática, sino que en algunos casos todo lo contrario (véase los casos 2, 3 y 8 de la PANSS), mientras que esto aparece de manera diferente en la COP 13. Esta diferencia obedece a la concepción psicopatológica subyacente implícita en ambos instrumentos. Los síntomas evaluados en la PANSS miden un rendimiento de acuerdo con un continuo que va de ausencia total a presencia total de las variables medidas. Sin embargo, no permite entender ni explicar lo que se encuentra ocurriendo, sino que se limita a describir una realidad. En cambio, en la evaluación de la Cop 13, la valoración realizada implica la intervención de la teoría psicoanalítica, lo que involucra la inclusión de objetos indirectos que guían la labor de evaluación. El valor que le aportan los ítems de la Cop 13 consiste en que lo observado implica la presencia de una valoración teórica implícita que no apunta netamente a la descripción de la

realidad, sino que supone una ponderación sobre estados del yo y funcionamiento mental. Esto significa que la gravedad ponderada consiste más en la desregulación del yo y del aparato psíquico, que de la intensidad en la manifestación de los síntomas.

Por ejemplo, en el caso 1, si se compara la línea que objetiva el rendimiento durante el tratamiento, se advierte en la PANSS una línea bastante uniforme, mientras que en la Cop 13 aparecen algunas oscilaciones que no se encuentran presentes en la PANSS. Esta diferencia obedece al modo en que se evalúan los síntomas: mientras la PANSS describe presencia/ausencia de síntomas positivos y negativos, la Cop 13 establece valores a partir de inferencias sobre destructividad, categatización, funcionamiento del yo, y variables ambientales y sociales. Esas valoraciones permiten objetivar de mejor modo las oscilaciones propias de ciertos estados psicóticos. En el caso 4, se puede advertir cómo en la PANSS puede apreciarse una desestabilización moderada en la primera parte del tratamiento (primeros 4 meses), mientras que la COP 13 presenta un mayor nivel de desestabilización relativa. La diferencia obedece al agregado de variables que permiten objetivar en la Cop 13 conflictos familiares y desacuerdos con los tratantes. Al retomar el tratamiento, el paciente presentó un grado de estabilización mayor que el registrado durante la primera parte. En el caso 7, la PANSS presenta una puntuación muy alta que da cuenta de severidad en la manifestación de los síntomas del paciente, algo que no sucede en la COP 13. Esto obedece a que el paciente, si bien se presenta desestabilizado, cuenta con un muy buen nivel de funcionalidad, y de relación con su familia y terapeuta, que es lo que permite sostener el seguimiento ambulatorio del mismo, pese al nivel de desestabilización.

Una tercera observación que puede realizarse es que la continuidad de los tratamientos es que, además de no necesariamente presentarse una concordancia entre los puntajes de la PANSS y la Cop 13, tampoco los mismos muestran una mejoría paulatina en los casos, tal como puede observarse en el ejemplo 3. La cantidad de entrevistas realizadas por tratamiento (lleva 41 entrevistas lo que equivaldría a tres tratamientos y medio de 12 entrevistas), la duración en el tiempo (lleva más de un año de duración) y el régimen de ausentismo (6 ausentes durante

el tratamiento cunado están permitidos 2), da cuenta sobre cómo el marco de trabajo estándar no aplica en este caso pero tampoco en otros como en los casos 1, 2, 4, 6 y 8, representando el 40% de la muestra (6 casos de 15). Esta situación articula tres variables sensibles para los tratamientos breves y focalizados (que son la mejoría sintomática, la brevedad del tratamiento y el tiempo discreto de duración de los tratamientos), de forma tal que ilustra de manera contundente cómo algunos cuadros psicóticos no encajan en absoluto dentro de la lógica del trabajo asistencial en el contexto de políticas de APS.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la presentación de los resultados de la investigación en curso, se pueden considerar las siguientes cuestiones preliminares. En primer lugar, los pacientes psicóticos suelen utilizar en promedio más entrevistas que otros pacientes con diagnósticos más leves como trastornos de ansiedad y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Las diferencias indican, no solo menos tiempo de utilización de la prestación, sino además un cierre que tiende a ser más y mejor consensuado (Barreira et al., 2020, 2023).

Las diferencias significativas entre los resultados de la PANSS y la COP 13 responden básicamente a dos cuestiones: A) Una diferencia de concepción psicopatológica implícita en los instrumentos: los síntomas ponderados en la PANSS, desde una concepción de la psiquiatría descriptiva, establecen un gradiente de presencia/ausencia, mientras que la ponderación de la Cop 13 implica una valoración inferencial de psicodinamismos; esto explica la diferencia de puntajes entre ambos (caso 1). B) Una diferencia en el objeto de evaluación: a diferencia de la PANSS, la COP 13 releva en sus ejes IV y V situaciones socio-ambientales y de relación con el equipo terapéutico y familiar (casos 4 y 7); esta diferencia resulta altamente significativa y relevante en favor de la COP 13, que pondera factores que inciden de manera directa en la ponderación de los índices de estabilidad/inestabilidad de los pacientes. La evaluación de efectividad supone, no solo exponer curvas de rendimiento en los síntomas de los pacientes (parte

cuantitativa); sino también, darles voz a los actores en relación a los logros de los tratamientos (parte cualitativa).

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, resulta relevante poner en valor este tipo de estudios por diferentes cuestiones. En primer lugar, por su importancia en relación con el adecuado abordaje de esta población de pacientes, su cuidado y la evitación de intervenciones erráticas para con estos y sus familiares. En segundo lugar, por una cuestión de dispositivo clínico: el tipo de trabajo que los profesionales deben realizar con estos pacientes depende necesariamente de la lógica de trabajo de las instituciones en las que se realizan estas prácticas, por lo que debería haber una preparación y concientización de lo que estas permiten o no, lo que hace que cobre relevancia que la asistencia que se brinda en estos casos debe encontrarse adecuadamente enmarcada en la lógica de la atención primaria de la salud. En tercer lugar, por una cuestión de eficiencia: no gastar recursos inútilmente en disposiciones que no son conducentes a un correcto abordaje, de lo que resultan prácticas innecesariamente estériles y en el mejor de los casos inocuas, sin dejar de considerar los costos que esto supone. Es de suponer que la contemplación de estos criterios de manera adecuadamente articulada favorezca la buena praxis y la optimización de resultados.

En otro orden de cosas, desde el punto de vista del aporte del estudio a lo metodológico, resulta relevante que las mencionadas diferencias justifican la importancia de realizar una triangulación metodológica cuando se evalúan estas situaciones. Por su parte, desde el punto de vista de los resultados preliminares de la investigación, los mismos no resultan alentadores en relación a la incorporación de esta población de pacientes en dispositivos breves y focalizados tal como los mismos si pueden responder de manera adecuada a otro tipo de pacientes con padecimientos mentales más leves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboraya A., & Nasrallah, H. A. (2016). Perspectives on the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Use, misuse, drawbacks, and a new alternative for schizophrenia research. *Ann Clin Psychiatry* 28(2):125-31. PMID: 26855990. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26855990/>

American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico Estadístico 5*. Editorial Panamericana.

Barkham, M., Delgadillo, J., Firth, N. & Saxon, D. (2018). La evidencia basada en la práctica y la ley de variabilidad en el tratamiento psicológico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXVII(2), 115-135. DOI: 10.24205/03276716.2018.1059

Barreira, I., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M. C. & Varela, P. (2020). Resultados de tratamientos psicológicos breves y focalizados: efectividad según representaciones de pacientes y terapeutas. *Memorias del XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional*, pp. 35-39. URL: <http://jimemorias.psi.uba.ar/>

Barreira, I., Bevacqua, L. N., Bidal, M. C., Varela, P. D., Amaya, C. G., Mezzini, F., Vignati, P., Juárez, V., Cabrera, M. V., & Martínez, M. I. (2022a). Revisión sistemática sobre psicoterapias breves en psicosis. *Psicología y Psicopedagogía*, VII(1-2): 29-39.

Barreira, I., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M. C., Varela, P., Corneo, M. P., Vignati, P., & Martínez, M. (2022b). Efectividad de tratamientos psicológicos de pacientes psicóticos en dispositivos ambulatorios de Salud Mental con cobertura PMO: Justificación y Prueba piloto. *Memorias del XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Pp. 36-40. ISSN: 2618-2238. URL: <http://jimemorias.psi.uba.ar/>

Barreira, I., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M.C., & Varela, P. (2022c). Evaluación de efectividad en tratamientos psicológicos breves y focalizados: resultados cualitativos y cuantitativos. *Tesis Psicológica*, 17(2), pp 1-32. <https://doi.org/10.37511/10.37511/tesis.v17n2a5>

Barreira, I., Comastri, S., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M. C., Varela, P., y Vignati, P. (2023). Tratamientos psicológicos con cobertura del plan médico obligatorio en pacientes psicóticos. *Memorias del XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en psicología*, 3, 31-35. URL: <http://jimemorias.psi.uba.ar/>

Fernández-Álvarez, H. & Castonguay, L. G. (2018). Investigación orientada por la práctica: avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. *Revista*

Argentina de Clínica Psicológica, XXVII(2), 107-114. DOI: 10.24205/03276716.2018.1069

Fiorini, H (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.

Fiorini, H (1994). *Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Nueva Visión.

Fiorini, H (2015). *Foco, situación y proyecto. Otros ejes para la clínica psicoanalítica*. Ediciones del Boulevard.

Fiorini, H (2018). *Psicoterapias psicoanalíticas. Las prácticas clínicas prevalentes del psicoanálisis contemporáneo. Otros ejes para la clínica psicoanalítica*. Ediciones del Boulevard.

Hernández Sapieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2019). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Síndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 13: 261-276. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3616518/>

Löfholm, C. A., Brännström, L., Olsson, M., & Hansson, K. (2013). Treatment-as-usual in effectivenessstudies: What is it and does it matter? *International Journal of Social Welfare*, 22(1): 25-34. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00870.x>

López Alonso, A. (2006). *Tesis doctorales*. Leuka.

Maleval, J. C. (2020). *Coordenadas de la psicosis ordinaria*. Grama Ediciones.

Martín López, M. S. (2003). Utilidad de la escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) en el seguimiento de enfermería en un centro de salud mental. *Nure Investigación*, 1. Rescatado de la web: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto114122003201336.pdf

Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22 (4): 171-177.

Searles, H. (1994). *Escritos sobre esquizofrenia*. Gedisa Editorial.

Souffir, V., Gauthier, S, & Odier, B. (2018). *Evaluar las psicosis con la Cop 13. Una Clínica Organizada de las psicosis*. Polemos.

Servicio Andaluz de Salud (2010). Instrumento de evaluación nº 8 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”. *Servicio Andaluz de Salud*.