

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Tratamientos psicológicos con cobertura del plan médico obligatorio en pacientes psicóticos.

Barreira, Ignacio, Bevacqua, Leandro Nicolas, Bidal, María Camila, Amaya, César Gabriel, Varela, Paula Daniela, Vignati, Pamela y Comastri, Silvia Fabiana.

Cita:

Barreira, Ignacio, Bevacqua, Leandro Nicolas, Bidal, María Camila, Amaya, César Gabriel, Varela, Paula Daniela, Vignati, Pamela y Comastri, Silvia Fabiana (2023). *Tratamientos psicológicos con cobertura del plan médico obligatorio en pacientes psicóticos*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/551>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/M8N>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS CON COBERTURA DEL PLAN MÉDICO OBLIGATORIO EN PACIENTES PSICÓTICOS

Barreira, Ignacio; Bevacqua, Leandro Nicolas; Bidal, María Camila; Amaya, César Gabriel; Varela, Paula Daniela; Vignati, Pamela; Comastri, Silvia Fabiana
Universidad del Salvador. Buenos Aires, 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 de la presente investigación radica en evaluar las consultas y los resultados de estos tratamientos en pacientes con diagnósticos de psicosis, para establecer la efectividad que dicha prestación provee a consultantes espontáneos. Se realizó una evaluación longitudinal de las personas que consultaron espontáneamente en un centro de salud mental radicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra relevada es de 14 consultantes que presentaron diagnósticos de trastornos psicóticos. 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 y focos acordados. El estudio se encuentra en desarrollo desde abril de 2022. Se presentan resultados parciales de los 14 casos en forma de sistematización de la evidencia generada. Queda planteado el debate sobre una adecuación parcial del PMO para este tipo de pacientes de acuerdo con los resultados preliminares de la investigación en curso.

Palabras clave

Tratamiento psicológico - Esquizofrenia - Psicosis - Plan Médico Obligatorio

ABSTRACT

PSYCHOLOGICAL TREATMENTS COVERED BY THE COMPULSORY MEDICAL PLAN IN PSYCHOTIC PATIENTS

Psychological treatments carried out in the Argentine Republic with coverage of medical companies, usually have the logical imprint of primary health care (PHC), where the Mandatory Medical Plan (PMO) establishes a number of assigned benefits to each specialty. The objective of this research is to evaluate the consultations and the results of these treatments in patients with diagnoses of psychosis, to establish the effectiveness that this service provides to spontaneous consultants. A longitudinal evaluation of the people who spontaneously consulted a mental health center located in the Autonomous City of Buenos Aires

was carried out. The collected sample is 14 consultants who presented diagnoses of psychotic disorders. The instruments used to carry out the evaluation and follow-up were the PANSS scale and the COP 13, also recording clinical data such as reasons for consultation and agreed foci. The study has been in progress since April 2022. Partial results of the 14 cases are presented as a systematization of the evidence generated. The debate on the partial adequacy of the PMO for this type of patients is raised according to the preliminary results of the investigation in progress.

Keywords

Psychological treatment - Schizophrenia - Psychosis - Compulsory Medical Plan

Introducción

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 terapéuticos, como por ejemplo la administración de psicofármacos por parte 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 presupone su desestabilización. Por estos motivos, los tratamientos realizados por pacientes que presentan cuadros psicóticos moderados y severos, suelen ser realizados en dispositivos de salud mental que implican una complejidad mayor a la APS, como por ejemplo hospitales de día, dispositivos grupales en abordajes multidisciplinarios o internaciones hospitalarias. En los casos leves, 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.

Por otra parte, los pacientes con diagnóstico de psicosis suelen presentar una serie de características que no articulan fácilmente con metodologías propias de las psicoterapias breves y focalizadas. Nos referimos a las dificultades que estos presentan en establecer una adecuada relación terapéutica como conse-

cuencia de los severos desórdenes en las relaciones personales (Gabbard, 2009), los limitados y particulares modos específicos de comunicación (Searles, 1994), las defensas primitivas que dificultan el trabajo en cualquier tipo de psicoterapia (Kernberg, 1999), etc. Incluso a lo que algunos psicoanalistas de orientación Lacaniana denominan como “la no-respuesta a un llamado esperado” (Nasio, 1988); en el sentido de que la complejidad en poder participar en un código de significación compartido es una característica relevante de las psicosis. Estas dificultades ameritan el estudio de la dinámica de estos pacientes en estos dispositivos de trabajo, para establecer el grado de adecuación/inadecuación entre este tipo de psicopatologías y estas modalidades de abordaje.

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 y COP-13.

Método y procedimientos

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).

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. Los instrumentos utilizados fueron la escala PANSS y la COP-13. 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), generando una triangulación metodológica que permitiera evaluar la evolución de los síntomas de los pacientes desde diferentes perspectivas.

En relación al procedimiento, el mismo consiste en los siguientes aspectos: 1. Consulta espontánea por parte de una persona afiliada a una Obra Social que tiene convenio con la institución

de cobertura por PMO. 2. A esa persona se le asigna un turno para realizar una entrevista de admisión. 3. En esa entrevista, el admisor procede de acuerdo con la política de trabajo del centro. En caso de ser admitidos para psicoterapia individual, se indicará una prestación que será realizada en 12 entrevistas con la metodología propia de la psicoterapia psicoanalítica breve y focalizada. 4. Se explica la metodología de trabajo. 5. Se firma un consentimiento de prestación en el que figura que, en caso de ausentarse dos veces sin aviso previo o tres veces con aviso, se suspenderá la prestación. 6. En caso de cumplir con los criterios de inclusión de la muestra 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.

Consultas

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., 2022). En abril de 2022 se inició la fase de investigación propiamente dicha. Se realizó un conteo de las consultas generales que se presentaron en la clínica. En estas se consignó género, edad y diagnóstico de los consultantes. En las admisiones realizadas entre abril de 2022 y mayo de 2023 se contabilizaron un total de 154 consultas, promediando 11 admisiones mensuales. De ese total, hubo 13 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 (7,22%). A estos 13 casos se sumó uno de la prueba piloto de febrero de 2022, conformándose la presente muestra de 14 casos que se analizarán a continuación. En la población general se observó una preponderancia del diagnóstico de “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica” (32,22 %). 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 7,22% de las consultas generales, conformando un porcentaje menor en esas consultas, pero no por ello menos relevante. En relación a las edades de los consultantes, se destacan las consultas de adolescentes en un 16,23% (franja de 15 a 19 años), siendo prácticamente ? de la población. En segundo lugar, aparece la franja de adultos de 40 a 44 años

(12,34%), seguido de las tres franjas subsiguientes: 45 a 49 años (8,44%), 50 a 54 años (8,44%), y 55 a 59 años (7,79%). El segmento de adultos que va de los 40 a 59 años acumula 57 de los 154 consultantes, lo que representa el 37% del total; es decir, entre 1/3 y 2/5 de la población consultante total. En lo respectivo al género, resulta destacable que el 70,78% de la población consultante es femenina, mientras que un 28,57% es masculino, identificándose sólo un único caso de persona trans.

Resultados

Se comunicará una sistematización de los resultados obtenidos de manera tal que puedan identificarse los aspectos más relevantes de la evidencia generada.

1. Dificultades en el establecimiento de objetivos focales y sus consecuencias

La lógica de trabajo de la institución establece que durante las entrevistas de admisión se toma nota de los motivos de consulta y se acuerdan los objetivos focales de tratamiento con los consultantes. En el caso de nuestra muestra de 14 casos, se presentaron al menos dos grandes dificultades que resultaron altamente significativas en el establecimiento de objetivos focales para el tratamiento. Al momento de trabajar sobre la focalización: a) Lo expresado por los pacientes no se encontraba necesariamente en concordancia con los motivos de consulta referidos por ellos mismos; b) Se presentaron severas dificultades en establecer asuntos que tuvieran una relevancia clara, precisa y objetiva, lo que no permitía acordar objetivos concretos. Una de las cuestiones relevantes en relación con esto consistía en que la mayoría de las consultas realizadas respondían a indicaciones realizadas por médicos tratantes (casos 1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, y 12), o la iniciativa de familiares (caso 8 y 13), no predominando motivos personales (casos 2, 7 y 14).

Durante las consultas se advirtieron dificultades en referir situaciones convocantes propias del paciente que justificaran la realización de las mismas. En lugar de esto, estas personas expresaron motivos de consulta inespecíficos, vinculados con cuestiones de relevancia objetiva, pero sin manifestar demasiada preocupación al respecto, por ejemplo: “de vez en cuando pienso en quitarme la vida” (caso 8, realiza la consulta a expensas de un familiar). En el caso 6, la persona es derivada por su médico tratante luego de haber salido de una internación psiquiátrica, refiriendo ideas paranoides de perjuicio, aunque su concurrencia se debe a una obediencia a la indicación médica sin otras menciones. Finalmente, en una ocasión llegó a plantearse “no sé por qué vengo” (caso 10). En consecuencia, el acuerdo de objetivos concretos para los tratamientos resultó muy dificultoso y requirió de la capacidad de los profesionales en establecer focos que representaran la importancia de los temas planteados de manera tal que respetaran lo manifestado por los pacientes y que pudieran además presentar un formato concreto. Esta estrategia responde a lo que Fiorini denominó

“focalización inducida”; en estas situaciones, el acto de focalización cobra el sentido de ordenar y concentrar la búsqueda, localizando prioridades y esbozando el cauce para poder pensar un psiquismo fragmentado e inestable (Fiorini, 2018).

La complejidad en lograr un acuerdo conducente y consensuado en el establecimiento de los objetivos de los tratamientos, pese a haber sido afrontado por medio de la focalización inductiva, anticipó una serie de inconvenientes que se presentaron con posterioridad: a) Dificultad en lograr un acuerdo efectivo en torno al cual giraría el trabajo terapéutico. Aunque se habían establecido objetivos acordados por ambos de acuerdo con la estrategia de focalización inducida, la puesta en marcha de la misma funcionó más como guía para el terapeuta que para el paciente, y; b) Inconvenientes a la hora de articular un hilo conductor que permita objetivar, de acuerdo con las áreas de interés establecidas y el tipo de trabajo a realizar, los avances efectivos.

Esta segunda cuestión acarrió al menos tres consecuencias: b.1) Dificultad en objetivar avances; b.2) Dificultad en ordenar el trabajo a realizar según la jerarquización de lo acordado como más relevante para el paciente, y; b.3) Dificultad al plantear la posibilidad del cese de prestación por cumplimiento de objetivos. Si estamos de acuerdo en que el contrato terapéutico se materializa en los objetivos, la obstaculización en poder objetivar cuestiones concretas que ordenen (no porque no se hubiera acordado, sino por la falta de interés, desconexión, dispersión, etc.; de los pacientes), la demanda de tratamiento y las metas a cumplir, necesariamente impactaría en la dinámica y el desarrollo de los tratamientos. Ante la falta de reconocimiento por parte de los pacientes de objetivos pre pactados, se restringe su nivel de organización frente a lo que el tratamiento podía brindarles en materia de metas o objetivos. Esta situación resultó muy diferente a lo ocurrido en tratamientos realizados con pacientes con otros diagnósticos, como por ejemplo los trastornos de ansiedad u otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. En éstos otros, el establecimiento de objetivos y el abordaje de los mismos puede resultar muy efectivo a partir de un acuerdo en el establecimiento del encuadre y el rol de los objetivos como ordenadores del trabajo terapéutico (Barreira et al, 2022). Nuestros pacientes presentaron dificultades para el seguimiento de los objetivos de tratamiento acordados: concurren a las entrevistas haciendo alusión a temas del aquí y ahora, o a diversas cuestiones de sus vidas cotidianas, pero que guardaban poca o nula relación con sus motivos de consulta o con los objetivos focales pre acordados. El impacto de estas cuestiones en relación al tratamiento y al trabajo terapéutico influyeron también al momento de plantearse la finalización de los mismos. De acuerdo con el cumplimiento parcial o total de los objetivos pre acordados mediante focalización inducida, algunos plantearon que deseaban continuar con sus tratamientos, “porque me hace bien”, “porque tengo mi espacio”, o incluso posicionarse de manera paranoide, “no me podés cortar el tratamiento así nomás”, “no me podés echar”, etc.

2. Dificultades presentadas durante los tratamientos

Como efecto lógico de los problemas surgidos al momento de establecer el marco y metodología de trabajo, las consecuencias se vieron reflejadas en el desarrollo de los tratamientos que tematizaremos en cuatro apartados.

A. Alto grado de ausentismo. En la mayoría de los casos se trató de ausencias sin aviso previo al terapeuta o al centro. Resulta significativo que este fenómeno se hubiera dado aún cuando el régimen de ausentismo era una condición planteada al momento de establecer el acuerdo de trabajo entre el paciente y el terapeuta, y su incumplimiento de esa condición implicaba la suspensión de la prestación. A todos los pacientes sin excepción, se les informa en su admisión que al ausentarse dos veces sin aviso, o tres veces con aviso previo, se suspenderá el tratamiento. Esto es parte del contrato terapéutico y es condición de consentimiento de la prestación. Frente a ello, la conducta de los pacientes ha sido diversa, algunos han abandonado sin previo aviso (casos 2 y 10), mientras que otros han vuelto a concurrir a su día y horario semanas después, como si no hubiera pasado el tiempo y no logrando dar cuenta de su falta al encuadre pautado (caso 3 y 4). Otros casos (1 y 11) se han ausentado más veces de lo establecido (llegando a 5 o 6 ausencias). En estas situaciones, por una cuestión propia de las características psicopatológicas que estos diagnósticos implican, se hicieron excepciones y se le permitió a estos pacientes retomar sus tratamientos. Es de esperar que, por el hecho de que muchas de las consultas respondían a indicaciones realizadas por médicos tratantes o familiares, una genuina falta de motivación para realizar el tratamiento justificara resistencias, conductas oscilantes y/o dificultades en la autogestión del tratamiento.

B. Dificultad en establecer una lógica de trabajo previsible. Se observó una seria dificultad por parte de estos pacientes en el respeto del trabajo sobre temáticas acordadas, predominando la dispersión en relación a las temáticas referenciadas, independientemente de los focos pre-acordados, a pesar de que en ocasiones sus discursos no eran necesariamente desorganizados. Se destaca notoriamente la ausencia de hilos conductores en las diferentes entrevistas, o inclusive, a veces dentro de la misma. En algunas ocasiones se registraron inconvenientes en el sostenimiento de un discurso claro durante las sesiones, como en el caso 3 quien sostuvo un discurso desorganizado gran parte de las mismas. Por el contrario, resultó frecuente la alusión a temas del “aquí y ahora”, o a diversas cuestiones de la cotidianeidad que, sin embargo, guardaban poca o nula relación con sus motivos de consulta y/o con los objetivos focales pre-acordados.

C. La importancia otorgada a la relación terapéutica por parte del paciente. En lo que refiere a la pregunta acerca de qué es lo que motiva al paciente a continuar con el tratamiento que no se encuentre vinculado con las metas u objetivos acordados con

el terapeuta, se introduce el siguiente asunto: ¿Qué es aquello que permite que la relación terapéutica funcione para el paciente más allá de la racionalidad que el terapeuta quiera darle, tanto desde el marco de la misma como los objetivos, o incluso, al sentido mismo del tratamiento? Lo que se observó en estos pacientes, es que en lugar de adherir al sentido del tratamiento en término de objetivos, asistían a las consultas mayormente en función de la estabilidad que el profesional o la situación terapéutica podía aportarles. Se destacó la contención generada por la figura del terapeuta o por el propio marco institucional (caso 1 y 13). Esto no resulta novedoso en pacientes psicóticos que tienden a generar relaciones de indiscriminación en las que el otro no es vivido como otro, sino como parte de uno mismo. Harold Searles refiere a ello como un intento en establecer una simbiosis que resulta propia de una regresión a la relación madre-hijo primaria, muy propia en pacientes esquizofrénicos: “...las diversas formas de comunicación verbal y no verbal características de la esquizofrenia reflejan el esfuerzo del paciente por establecer, o mantener, una relación simbiótica con el terapeuta” (Searles, 1994, p. 141). También es posible que esta relación transferencial ni siquiera pueda llegar a establecerse, de lo que puede resultar un abandono de tratamiento (casos 3 y 10). Estas cuestiones complican sobremanera el funcionamiento de las terapias breves en donde la técnica debería prevalecer por sobre la relación terapéutica.

D. Indicaciones del equipo tratante en función de situaciones que ocurren durante los tratamientos. El tema de la necesidad de derivar a pacientes a otros dispositivos vinculados con la salud mental resultó relevante en algunos de estos casos. A diferencia de los tratamientos realizados con pacientes con diagnósticos de trastornos de ansiedad u otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (Barreira, et. al, 2022), se observó que algunas de las finalizaciones de tratamientos no obedecieron al cumplimiento de objetivos terapéuticos, sino a indicaciones de derivación a otros dispositivos de trabajo. En algunas ocasiones, debió indicarse internación psiquiátrica (casos 7 y 8). Esto es comprensible dadas las características de los cuadros psicóticos y la gravedad que suelen presentar ante la posibilidad de su desestabilización. Este aspecto suele estar asociado a la presencia de conductas impulsivas, tanto auto como heteroagresivas o al desarrollo de interpretaciones delirantes que colocan al paciente en situaciones de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, condiciones que la misma Ley de Salud Mental indica que ameritan la internación psiquiátrica para el resguardo del paciente y/o la sociedad.

Estas dificultades en la adecuación al encuadre durante el tratamiento son propias de psiquismos que presentan relajación asociativa o déficits cognitivos vinculados con la atención y concentración (perspectiva cognitiva), o con una severa dificultad en la significación; es decir, trastornos en el lenguaje que se

traducen en dificultades de entendimiento sobre lo dicho y el decir (perspectiva psicoanalítica). Esto se traduce en presentar severos obstáculos frente al respeto de hábitos cuando no se encuentran suficientemente asimilados en la cotidianeidad. O bien, cuando falta un tercero que funcione como auxiliar regulando el cumplimiento de la psicoterapia. En todo caso, la alianza terapéutica puede estar instalada pero el paciente puede dispersarse con cuestiones que cobren mayor relevancia que asistir a la terapia.

3. Particularidades en el cierre de los tratamientos

Frente al planteo de la finalización de tratamientos, ya sea por cumplimiento de objetivos o por cese de cobertura, se ha observado que algunos pacientes se sorprenden. En muchos casos no logran darse cuenta de la limitación que presentan en relación al número de sesiones realizadas, así como tampoco de los avances en los objetivos pautados. En estas situaciones suele presentarse un discurso de malestar debido a la sorpresa. En algunos casos, al enterarse de la finalización del tratamiento por cumplimiento de la cobertura de entrevistas, muchos pacientes suelen hacer mención de que retornarán el próximo año cuando se renueve la cobertura, aunque no precisen qué es lo que les gustaría abordar en el futuro tratamiento. Más bien da la impresión de que vale más “la continuidad por la continuidad misma”. Prima la contención por parte de la institución o del terapeuta, más que lo que pueda suceder dentro del marco terapéutico. En definitiva, se presentan dificultades significativas en la comprensión de la lógica propia de las políticas de Atención Primaria de la Salud (APS), y particularmente del PMO. Esto es vivido como un sistema que restringe la asistencia psicológica de manera arbitraria.

Discusión

De acuerdo con los resultados parciales obtenidos se estima que el dispositivo de psicoterapias breves y focalizadas resulta inadecuado para el abordaje de pacientes psicóticos. Esto se debe a que estos pacientes presentan notorios inconvenientes para cumplir con el marco de trabajo de las mismas. Por otra parte, aquellos que logran establecer un acuerdo de objetivos con el terapeuta al inicio del tratamiento, suelen presentar dificultades de moderadas a severas para organizarse en relación a éstos. Asimismo, estos pacientes no suelen identificar si los objetivos preestablecidos se cumplen o no, ya que no registran el hecho de que un hilo conductor pueda ser el que le dé sentido al tratamiento psicológico. Suelen abordar durante sus sesiones asuntos coyunturales de sus vidas cotidianas, aunque sin realizar consideraciones sobre la elaboración de sus situaciones. Los terapeutas identificaron obstáculos a la hora de que los pacientes logren respetar el encuadre preacordado en al menos tres cuestiones: A) El sostenimiento de los tratamientos se vio en diversas ocasiones amenazado por la inasistencia de los pacientes a sus sesiones y eventualmente el abandono sin aviso o

advertencia formó parte de la regularidad en el trabajo con estos pacientes. B) El respeto de los focos de tratamiento acordados habitualmente cedió frente a una diversificación “espontánea” de múltiples temas de interés que generalmente se caracterizaban por ser coyunturales. C) La falta de reconocimiento por parte de los pacientes en relación a eventuales logros o en el cumplimiento parcial o total de sus objetivos preestablecidos. Esta última cuestión impactó en una significativa dificultad del reconocimiento de los criterios del cese de prestación. En algunos casos, algunos pacientes se mostraron disconformes frente a estos planteos, inclusive manifestando que podían suspender las prestaciones por cobertura, pero que volverían el año próximo para volver a tomar las 30 entrevistas anuales. Estas dificultades permiten inferir que el sostenimiento de los tratamientos bien puede vincularse a la contención o relación terapéutica pero no al alcance de objetivos personales.

En otro orden de reflexión, el sistema del Plan Médico Obligatorio (PMO), no resultó adecuado para la población de pacientes estudiada, que es muy pequeña, pero no por eso deja al desnudo ciertas desarticulaciones que ocurren entre la propuesta terapéutica y las limitaciones propias de estos pacientes. La consideración de un subsistema alternativo de consultas ambulatorias que pudiera agregarse al PMO, pero con particularidades de cobertura diferentes podría ser una solución para esta población de pacientes. El PMO contempla tres modalidades de cobertura para salud mental: consultas ambulatorias, hospital de día o internación psiquiátrica; cabe plantear que un dispositivo ambulatorio con características que permitieran contemplar una lógica más adecuada al trato de estos pacientes permitiría mejorar sustancialmente la asistencia para estas personas. Las cuestiones que deberían considerarse, serían una participación mayor de las familias coadyuvando a la adherencia de los tratamientos de estas personas y un acompañamiento y monitoreo de estos pacientes. Asimismo, se requeriría una mayor cantidad de entrevistas anuales para sostener al paciente en períodos más prolongados, y por momentos más intensivos, hasta que se pudiera generar una mejoría en la autonomía de la persona, lo que debería implicar una organización ambiental/familiar relevante. Una cuestión no menor es la de considerar si estas ponderaciones serían propias de la lógica de la APS, ya que no necesariamente estarían bajo la égida de la prevención y promoción de la salud, sino que implican un trabajo propio de un nivel secundario y no de atención primaria. No obstante, el desafío es cómo pensar una atención primaria para aquellos pacientes que pudieran presentar diagnóstico de psicosis pero con buena funcionalidad y una relativa autonomía, que podrían ser optimizadas sin tener que apelar a una prestación de hospital de día o a un Certificado Único de Discapacidad (CUD). Para aquellos pacientes psicóticos que pueden sostener un tratamiento ambulatorio por consultorios externos, seguramente resulte de suma importancia la posibilidad de continuar sosteniendo sus tareas cotidianas, que implica el mantenimiento de hábitos laborales, sociales y/o comunitarios, en

lugar de tener que adecuarse ellos a una oferta poco adecuada a las características de sus padecimientos y necesidades que son las que el sistema de salud contempla para ellos hoy por hoy en la República Argentina. En consecuencia, el desafío radicaría en lograr el desarrollo de un subsistema dentro de la APS, con características específicas, que permitan de manera adecuada el mantenimiento y la potenciación de los recursos saludables de estos pacientes al mismo tiempo que posibiliten el trabajo en la mejoría de sus limitaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association. (2014). *Manual Diagnóstico Estadístico 5*. Editorial Panamericana.
- Barreira, I., Bevacqua, L., Amaya, C., Bidal, M. C., Varela, P., Corneo, M. P., Vignati, P., y Martínez, M. (2022). 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. (2022). "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>
- Fiorini, H. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1994). *Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fiorini, H. (2015). *Foco, situación y proyecto. Otros ejes para la clínica psicoanalítica*. Córdoba, Argentina: Ediciones del Boulevard.
- Fiorini, H. (2018). *Psicoterapias psicoanalíticas. Las prácticas clínicas prevalentes del psicoanálisis contemporáneo. Otros ejes para la clínica psicoanalítica*. Córdoba, Argentina: Ediciones del Boulevard.
- Gabbard, G. (2009). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Kernberg, O. (1999). *Trastornos graves de la personalidad*. México D. F., México: Manual Moderno.
- Nasio, J. D. (1988). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Searles, H. (1994). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.