



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

**ESTADO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL TERAPEUTA CONSTRUCTIVISTA
COGNITIVO Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS
CASOS ATENDIDOS DESDE 2009 A 2013 EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA (CAPs) DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE:**

REVISIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FICHAS DE PACIENTES ATENDIDOS

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Autores:

Andrea P. Melgarejo Hormazábal

David A. Paredes González

Profesor Patrocinante:

Ps. Dr. Juan Yáñez M.

SANTIAGO – 2014

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre la descripción del estado de la gestión administrativa del terapeuta Constructivista Cognitivo y la caracterización clínica y sociodemográfica de los casos atendidos por éstos entre 2009 y 2013 en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile, la cual consistió en el registro de un número determinado de categorías, a partir de la revisión de fichas de pacientes atendidos en este centro.

Estas categorías permitieron medir estadísticamente las características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el CAPs y la labor administrativa de los terapeutas.

La muestra estudiada está constituida entonces, por casos de pacientes atendidos por psicólogos Constructivistas Cognitivos, cuyos procesos psicoterapéuticos están cerrados, desde el año 2009 al 2013 y cuya edad supera los 18 años.

En base a las categorías registradas, se pudo conocer el funcionamiento que ha tenido el modelo en el CAPs, generándose información valiosa que se podrá traducir en recomendaciones y decisiones concretas en la institución.

PALABRAS CLAVES: Clínica de Atención Psicológica (CAPs), Psicología Constructivista Cognitiva, Gestión administrativa del terapeuta, Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes atendidos.

DEDICATORIAS

“Quiero agradecer a todas las personas que estuvieron con nosotros durante este proceso, a todos los que nos ayudaron y preguntaron cómo íbamos y nos daban su apoyo y ánimos, los que faltaron en más de una vez.

Agradecer por sobre todos a mi compañero David, sin él definitivamente no habiéramos podido sacar esto adelante. Gracias por tu obsesividad, eres un buen ADC.

Dedico esta tesis a mi abuela, quien siempre estuvo atenta, no sólo de esto sino que también de mí. Por siempre sonreír al verme y contarme mil historias que cada vez me sorprendía más que pudiera recordar. Se lo dedico a ella porque es la mejor, por siempre hacerme reír, por los consejos, por sus mañas, y por siempre preguntarme preocupada si me gustaba trabajar con locos. Te amo un montón.

Andrea

“Dedico este trabajo a mis padres y hermana, quienes hicieron todo lo posible para que yo lograra mis objetivos sin esperar nada a cambio y sin presiones ni exigencias, sólo con la confianza que depositan siempre en mi *autonomía*. Esto es también fruto de su esfuerzo y constancia.

Asimismo lo dedico a mis amigos del colegio, que sin saberlo me animaron a continuar trabajando, tan sólo con su presencia, recuerdos y humor. A todos aquellos que por suerte permanecen tal cual nos despedimos después de nuestra última clase, ajenos al reducido y vanidoso mundo académico y laboral. Deseo agradecer también a los profesores con los que crecí en el Cristóbal Colón, cuyas enseñanzas incitaron en mi la *curiosidad* y deseo de conocimiento por sobre la competitividad y la arrogancia.

A todos mis amigos de Universidad, quienes son una de las pocas cosas que consigo rescatar de estos últimos años, además del aprendizaje. Por los buenos y malos momentos, porque a pesar de todo, creo que los admiro en *secreto* a todos y cada uno. Agradezco especialmente a aquellas personas que aportaron con su ayuda desinteresada para la realización de esta investigación y por supuesto, a mi compañera de trabajo Andrea, quien tuvo la paciencia suficiente para tolerar mis exigencias, detallismo y velocidad de trabajo.

Por último, lo dedico a mis abuelos, quienes forman parte de mí, inclusive aquellos que ya no están y los que -a su manera- hubieran deseado verme llegar a estas instancias. A mi primo Gabriel, hermano en la *introversión*, quien de haber estado presente, seguramente habría tenido alguna pregunta curiosa para hacerme sobre esta memoria.

David

ÍNDICE:

	Página
RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 EVOLUCIÓN DEL MODELO COGNITIVO	8
2.1.1 Momento Conductual	8
2.1.2 Momento Cognitivo Clásico	9
2.1.3 Momento Cognitivo Interpersonal	10
2.1.4 Momento Constructivista Cognitivo	10
2.2 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL CONSTRUCTIVISMO COGNITIVO	11
2.3 ASPECTOS FORMALES DE LA PSICOTERAPIA	12
2.3.1 Componentes de la psicoterapia	12
2.3.2 Encuadre	13
2.3.3 Cambio psicoterapéutico	15
2.3.4 Fases de la terapia	16
3. MARCO METODOLÓGICO	17
3.1 Objetivos	17
3.2 Enfoque metodológico y tipo de diseño	17
3.3 Muestra estudiada y herramientas utilizadas	19
3.4 Procedimiento	20
3.4.1 Selección de fichas y registro de datos	20
3.4.2 Definición de variables	21
3.4.3 Creación de categorías	21
3.4.4 Procedimiento de análisis de la información	24
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
4.1 Resultados año 2009	27
4.1.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2009	27
4.1.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2009	28
4.2 Resultados año 2010	32
4.2.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2010	32
4.2.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2010	32

4.3 Resultados año 2011	36
4.3.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2011	36
4.3.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2011	36
4.4 Resultados año 2012	39
4.4.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2012	39
4.4.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2012	40
4.5 Resultados año 2013	43
4.5.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2013	43
4.5.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2013	44
4.6 Resultados totales (2009 al 2013)	47
4.6.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2009 al 2013	47
4.6.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en los años 2009 al 2013	48
4.6.3 Cruce de categorías	52
- Tipo de cierre y Tratamiento farmacológico	52
- Tipo de cierre, Género y Número de sesiones	52
- Tipo de cierre y Diagnóstico	53
- Tipo de cierre y Motivo de consulta	53
- Tipo de cierre y Número de sesiones	55
- Género y Número de sesiones	55
- Género y Diagnóstico	56
- Género y Tratamiento farmacológico	57
- Género y Motivo de consulta	57
- Motivo de consulta y Número de sesiones	58
- Motivo de consulta e Interconsulta	59
- Motivo de consulta y Tratamiento farmacológico	60
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	61
REFERENCIAS	71
ANEXOS: Base de datos años 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013.	72

1. INTRODUCCIÓN

La Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile CAPs, ha estado vigente desde el año 1972, como un programa a cargo del Departamento de Psicología. Ha funcionado como una unidad de investigación académica, atendiendo en sus primeros años, principalmente a alumnos y funcionarios de la Facultad de Filosofía y Humanidades (CAPs, s.f.). Durante la dictadura militar, el CAPs, sufre una interrupción de sus funciones, para retomarlas en el año 1975, fecha desde la cual comienza a experimentar diversos cambios de locación, hasta llegar a su actual ubicación en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Desde sus inicios, este centro ha contribuido al tratamiento de los problemas de salud mental de sus pacientes, alcanzando un promedio de 4000 atenciones al año aproximadamente (Yáñez, 2005). Respecto de los tipos de servicios que otorga el centro, se encuentran: psicoterapia, psicopedagogía, psicodiagnóstico, entre otros.

El equipo de trabajo que lleva a cabo estas atenciones, está conformado fundamentalmente por psicólogos clínicos, académicos de la Facultad de Ciencias Sociales, así como también, de alumnos en práctica profesional de pregrado y psicólogos pertenecientes a los diversos programas de postgrados impartidos en la facultad.

La Clínica de Atención Psicológica, cuenta además con diversos grupos de trabajo, conformados por los profesionales anteriormente señalados, los que se adscriben a un modelo o enfoque particular, derivado de un tipo específico de teoría o corriente psicológica, y también a las distintas líneas de desarrollo, que en el caso del CAPs corresponden al Área Clínica y Jurídica.

Dentro de estos modelos encontramos al enfoque Constructivista Cognitivo, que ha tenido distintos momentos a lo largo del tiempo: un momento inicial muy cercano al Conductismo; pasando por los momentos Cognitivo Clásico e Interpersonal, hasta llegar al momento Constructivista en el cual estará basada esta investigación. Este desarrollo se caracteriza por las transformaciones que han sufrido las perspectivas con que se entiende al sujeto, el modo de ver la realidad, la manera de comprender el conocimiento, entre otros (Yáñez et al. 2001). Es por esto, que se comenzaron a incluir fenómenos cada vez más complejos como objetos de estudio, que permitieron caracterizar de mejor forma el comportamiento del ser humano, produciendo un cambio epistemológico que fue dando

paso a los diversos momentos de esta teoría (Cortés y Kusanovic, 2002), los que serán revisados con más detalle en el marco teórico.

Es así como resulta necesario conocer el funcionamiento que el modelo ha tenido particularmente en este centro de atención, respondiendo así a esa pregunta que tanto el equipo perteneciente a dicho modelo, como también la institución, se han hecho y cuyas respuestas podrán tener efectos concretos en las decisiones que allí se tomen.

A partir de esta revisión, será posible reconocer aspectos positivos de la labor administrativa del enfoque Constructivista Cognitivo, pero también aspectos que merecen mayor atención y cuidado, de modo tal que se inicien y desarrollen ajustes o cambios en el modo de aterrizar la teoría hacia el plano clínico, como a su vez, mejorar la calidad de la formación clínica impartida por el modelo. Asimismo, se podrá realizar un balance de las problemáticas y patologías que enfrentaron los terapeutas en este período y los resultados obtenidos luego de las terapias, a través de la caracterización clínica y sociodemográfica de los usuarios atendidos por el modelo en el centro.

Esto debido a que además de brindar atención en salud mental, el centro tiene un objetivo académico, por lo que se hace necesaria la revisión y el conocimiento del ejercicio de la profesión enseñada por la facultad.

Es en este contexto en que se enmarca el presente estudio, el cual plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se ha comportado el modelo Constructivista Cognitivo en términos de la gestión administrativa de sus terapeutas y las características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos por éstos, desde el 2009 al 2013, en la Clínica de Atención Psicológica CAPs?

2. MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta una revisión teórica que pretende sintetizar aspectos fundamentales del Constructivismo Cognitivo. Primero se expone una breve reseña histórica que describe el desarrollo de este modelo psicoterapéutico, desde sus inicios cercanos al Conductismo hasta su estado actual. Posteriormente se explican los principios en los que se basa el Constructivismo Cognitivo, como por ejemplo la posición del terapeuta y el paciente, la visión de sujeto, realidad y psicopatología. Por último, se revisan conceptos asociados al quehacer terapéutico, como el encuadre, las intenciones del terapeuta, procedimientos, fases y componentes de la terapia.

2.1 Evolución del Modelo Cognitivo

Lo “Cognitivo” se ha ido constituyendo durante un largo desarrollo teórico, el cual está conformado por cuatro momentos: el Momento Conductual, el Momento Cognitivo Clásico, el Momento Interpersonal y el Momento Constructivista (Cortés y Kusanovic, 2002). Esta forma de entender la evolución del modelo, incluye cambios a nivel teórico, pero también epistemológico, con lo cual se van transformando los conceptos de sujeto, paciente, terapeuta, psicopatología y realidad. Si bien cada momento se ha organizado en un continuo, cada uno representa una corriente particular que ha seguido una evolución propia hasta el día de hoy (Cortés y Kusanovic, 2002).

2.1.1 Momento Conductual

Se refiere a los orígenes del Conductismo en los años '20, corriente fundada por J. B. Watson. Esta corriente se ciñe a una epistemología positivista, por lo que sus aportes teóricos están fuertemente influidos por el método científico (Yáñez et al, 2001).

Bajo esta mirada, concibe la realidad como una instancia independiente del sujeto y regida por normas que pueden ser observadas y medidas. Mediante el uso del método científico, se pretende obtener un conocimiento válido y objetivo, siempre y cuando pueda reproducir fielmente dichas normas. Tratándose de una corriente positivista, el Conductismo tuvo como objeto de estudio sólo lo medible y observable, en este caso, la conducta humana y animal (Cortés y Kusanovic, 2002).

La noción que se tiene del sujeto es la de un individuo pasivo y mecánico, tan sólo respondiente a estímulos (demandas) ambientales y regido por reglas de su biología. Es externo y observable, es decir, que no contiene nada dentro de sí mismo, carece de conciencia (Yáñez et al, 2001). En relación a la psicopatología, la anormalidad está siempre depositada en la conducta y su origen se encuentra en el ambiente, cuyos estímulos la elicitan.

El trabajo de la psicoterapia operará por ende sobre el comportamiento y el síntoma, el que se busca cambiar manipulando las características del entorno del sujeto. Dicha tarea estará en manos del terapeuta, que tiene la posición de un orientador, un experto cuyo poder está dado por su conocimiento (Cortés y Kusanovic, 2002). El terapeuta trabajará para eliminar aquella conducta anómala en el paciente, quien se

coloca en una posición de aprendiz, desconociendo las causas de su problemática y a la espera de una solución dada por otro. Esta jerarquía en la relación terapéutica, reproduce tal cual la dinámica interpersonal que establece el modelo médico.

2.1.2 Momento Cognitivo Clásico

Tras evidenciarse las deficiencias del Modelo Conductista en su intento por comprender al sujeto, se produce la conocida Revolución Cognitiva, que si bien no cambia la epistemología usada por el Conductismo (el positivismo), genera un cambio paradigmático, al centrar sus esfuerzos por comprender otro objeto de estudio: las variables intervinientes o mediacionales (Cortés y Kusanovic, 2002).

Según lo anterior, la noción de realidad del modelo Cognitivo Clásico es la misma que la del Conductismo, insistiendo en una realidad observable y medible. El sujeto pasa a tener ahora un rol activo, al ser considerado racional, capaz de procesar información proveniente del medio que antes, en el Conductismo, le regía. Sin embargo, sigue siendo respondiente a estímulos del medio. Ya en los años '60 se proponía que el sujeto era capaz de aprender de su experiencia, y que dicho aprendizaje, estaba intervenido por emociones y cogniciones (Cortés y Kusanovic, 2002).

En este sentido, la noción de psicopatología también cambia, al depositar la anormalidad no en el ambiente del sujeto y su conducta, sino que en su forma particular de procesar la información que emana del medio (Cortés y Kusanovic, 2002). Debido a la noción de realidad única y objetiva que también está presente en este Momento, es que lo anormal estaba innegablemente puesto en los procesos mediacionales que el Cognitivo Clásico estudiaba, puesto que una misma realidad generaba respuestas y patologías distintas dependiendo del sujeto.

El rol del terapeuta continúa siendo el de un experto y orientador, que tiene completo conocimiento sobre aquello que le ocurre al paciente. Estudia el medio, pero también estos procesos mediacionales, para poder detectar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, que son el origen de la patología y que son desconocidos para el propio paciente (Cortés y Kusanovic, 2002).

2.1.3 Momento Cognitivo Interpersonal

El cambio epistemológico vendría de la mano de la Teoría Interpersonal (Sullivan 1959 citado en Cortés y Kusanovic, 2002). Nuevamente la teoría hasta ese entonces elaborada por el Modelo Cognitivo Clásico, mostró ser insuficiente para explicar nuevos fenómenos que fueron de interés para la Psicología, como por ejemplo los procesos emocionales y vinculares, como también la conducta de apego. Incorpora en su estudio el conocimiento de otras disciplinas, como la lingüística, con lo que fue posible entender otros ámbitos del ser humano, principalmente la significación y la comunicación (Cortés y Kusanovic, 2002).

Como se mencionó, comienzan acá a cimentarse los primeros cambios que darían lugar a una epistemología constructivista, desplazando progresivamente a la anterior epistemología positivista. El concepto de realidad cambia, dando lugar a una realidad que es externa e interna, ya no única e independiente de la acción del sujeto (Cortés y Kusanovic, 2002). El sujeto por ende se considera en este Momento, como un individuo activo en sus relaciones interpersonales, las que lo van constituyendo. Así, el sujeto irá organizando la realidad fuertemente intervenido por las características y el desarrollo de sus vínculos más significativos.

Lo anormal está puesto en los ciclos cognitivos interpersonales, modos en que el sujeto interactúa con el mundo y los otros, que pueden tornarse patológicos. Los ciclos tienden a autoperpetuarse, por lo que podrían entrapar al sujeto en su manera de situarse en las relaciones interpersonales, sobre todo cuando se vuelven muy inflexibles (Cortés y Kusanovic, 2002).

El terapeuta comienza acá a dejar este rol de poder que antes le daba su supuesto conocimiento. Se enfoca en el estudio de la afectividad, los vínculos y el apego del paciente (Yáñez et al. 2001), en busca de aquellos ciclos que podrían resultar patológicos o disfuncionales para el mismo, contribuyendo a que se vuelva consciente de ellos.

2.1.4 Momento Constructivista Cognitivo

El Momento más reciente dentro de esta evolución de “lo Cognitivo”, incluye en su conocimiento, los aportes teóricos brindados por los momentos previos, solventando en gran medida sus falencias como modelos de comprensión de lo humano.

Como ya se mencionó, la epistemología constructivista empezó a instalarse en el Momento Cognitivo Interpersonal, pero es en este modelo que adquiere su más pura expresión. En este sentido, la noción de realidad se consolida acá como una realidad que es construida, por ende, externa e interna, que deja de ser única y que es posible sólo en la experiencia del sujeto (Cortés y Kusanovic, 2002).

Los principios teóricos y epistemológicos, así como también los aspectos formales de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva, se abordarán más profundamente en los siguientes apartados.

2.2 Principios fundamentales del Constructivismo Cognitivo

Como principios esenciales de este enfoque en psicología, se pueden mencionar las concepciones de sujeto, terapeuta, realidad y psicopatología, que le distinguen de otros modelos.

Así, el sujeto del Constructivismo tiene una participación proactiva, como productor de significaciones sobre esta realidad que construye en tanto tiene experiencia de ella. El énfasis no sólo está puesto entonces en la determinación que tenían los vínculos sobre el sujeto, ahora se considera que el sujeto es activo y proactivo al momento de construir realidad, acto en el que también está construyendo su psiquismo (Yáñez, 1998 citado en Cortés y Kusanovic, 2002).

El Constructivismo Cognitivo, al poseer una perspectiva de realidad construida y de sujeto constructor, hace una renuncia a la búsqueda de una verdad única, centrándose en el estudio de la subjetividad. La realidad deja de ser vista como una instancia objetiva y medible, y pasa a ser múltiple, es decir, hay tantas realidades como sujetos, cada uno con una percepción (construcción) diferente de la misma (Yáñez et al. 2001).

El terapeuta pasa a ser un *perturbador estratégicamente orientado* (Chacón, 2010), que busca acceder a la experiencia del sujeto, pero a través de su propia experiencia. La intención es que el paciente pueda experimentar su subjetividad desde otro punto de vista, siendo capaz de reconocer su modo particular de significar la realidad. En este modelo, el terapeuta no es más experto que el paciente sobre su propia problemática, y no hace juicios de valor sobre su experiencia. Al contrario de lo que

ocurría con los anteriores modelos, acá el terapeuta no otorga ninguna solución, pues su operar se enfoca en crear condiciones para el cambio y no los cambios en sí mismos. Intenta mover la atención del paciente hacia experiencias que éste no ha visto, perturbándolo y activando una autorreorganización en la forma en que preserva su coherencia (Chacón, 2010).

El concepto de “anormalidad” o patología en el Constructivismo Cognitivo alude a la pérdida de sentido de proactividad en el sujeto, es decir, cuando el sujeto se percibe a sí mismo como víctima de la realidad y es “aplastado” por ella. En relación a la psicopatología, este modelo propone una nosología nueva que organiza diversos modos de significar la realidad, desarrollando polos que van desde estados saludables a estados más disfuncionales y/o patológicos (Cortés y Kusanovic, 2002).

2.3 Aspectos formales de la Psicoterapia

La psicoterapia es entendida como un proceso interpersonal, en donde un terapeuta busca ayudar a un sujeto aquejado de un padecimiento psíquico que lo perturba a él o al resto y que es acompañado por una sintomatología en particular (Vergara, citada en Duarte, 2012). Este proceso tiene la particularidad de ser complejo y tener múltiples características que lo definen, las que serán tratadas en los párrafos que siguen.

La psicoterapia tiene por objetivo, crear las condiciones que permitan un cambio y una reorganización del paciente, a partir de la deconstrucción y construcción del emergente interpersonal (Yáñez, 2005).

En primer lugar, la psicoterapia debe estar basada en un marco teórico psicológico en particular – en este caso el Constructivista Cognitivo – del cual derivará una metodología con la cual se trabajarán aquellas aflicciones traídas por el paciente en terapia.

4.2.1 Componentes de la psicoterapia.

Este proceso de psicoterapia incluye 3 componentes principales, a saber: el terapeuta, el paciente y la relación terapéutica.

- **Terapeuta:** Es aquel experto en la teoría clínica y es el responsable de crear las mejores condiciones posibles para que el paciente pueda lograr una reorganización, esto ayudando a trabajar con la experiencia emocional perturbadora que lo trae a terapia, hasta lograr una reformulación de ésta en sus procesos internos. A través de este trabajo, es donde el terapeuta se convierte en un *perturbador estratégicamente orientado*, ya que convierte al espacio donde se lleva a cabo la terapia, en un lugar destinado a la comprensión e indagación de la experiencia del paciente, activando sus emociones para lograr desencadenar la reorganización deseada, a través de métodos e intervenciones precisas, derivadas de conocer el funcionamiento del sujeto (Chacón, 2010).
- **Paciente:** Es una persona aquejada de algún padecimiento psíquico, que lo perturba tanto a él como los demás, que interfiere su desarrollo y que se manifiesta a través de una sintomatología en particular. Un aspecto fundamental de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva, es que es el paciente el que debe ser el responsable de su propio cambio (Yáñez, 2004).
- **Relación terapéutica:** Se define como el contexto interpersonal entre terapeuta y paciente, donde se instalan los espacios generadores de cambio. Es en este contexto donde deberían aparecer ciertas características propias de la intersubjetividad, como lo son:
 - El interés y curiosidad de parte del terapeuta para lograr adentrarse a la problemática del paciente.
 - El terapeuta debe recepcionar los relatos del paciente, independiente del contenido que estos puedan llegar a tener.
 - Cualquier acto realizado por el terapeuta, debe ser intencionado y llevarse a cabo con un propósito en particular.
 - La interafectividad, ya que es solo a través de la existencia de ésta, que se hace posible la relación entre terapeuta y paciente (Duarte, 2012).

4.2.3 Encuadre.

El encuadre es uno de los factores técnicos de la Psicoterapia Constructivista Cognitiva, y es una de las bases en la que se sustenta el trabajo psicológico. Tiene por objetivo delimitar la relación que se da entre terapeuta y paciente, tanto fuera como dentro

de la sesión, a través de reglas y de las variables específicas e inespecíficas. Por variables específicas nos referimos al diagnóstico, las técnicas y el tratamiento, y las inespecíficas hacen referencia a la alianza terapéutica, la comunicación verbal o no verbal, el clima emocional, etc. (Yáñez, 2004). Es posible distinguir dos tipos de encuadre:

- **Encuadre explícito:** Hace referencia a aquellas reglas de funcionamiento acordadas y explicitadas principalmente por parte del terapeuta, y que tienen por función establecer los límites dentro de los cuales se llevará a cabo la relación, esto orientado a generar la alianza terapéutica. Esto es lo que se asemeja al contrato terapéutico, en donde se fijan las metas y los objetivos, y las formas posibles de alcanzarlos (Cortés y Kusanovic, 2002). También es en el encuadre explícito en donde se fijan los honorarios, el tiempo y frecuencia de las sesiones, la justificación de las inasistencias, entre otros. Estas reglas deben quedar claras durante la primera sesión, preferentemente en los últimos 15 minutos.

Dentro del encuadre explícito, existe una variación conocida como *Encuadre de Evaluación*, el cual regula las sesiones iniciales y tiene por objetivo, decidir si la terapia es adecuada para el paciente y sus síntomas (Yáñez, 2004).

- **Encuadre implícito:** Son aquellas reglas de carácter relacional, que están definidas por dos fuentes: El comportamiento no verbal del terapeuta, que delimita las interacciones con el paciente, y por otro lado, los usos y costumbres de la cultura particular en donde se lleve a cabo la terapia.

Dentro de la actitud del terapeuta, existen tres estados intencionales que permitirán un mejor manejo de la relación terapéutica, a saber:

- **Intención de neutralidad:** Se refiere a la acción del terapeuta de no demostrar una respuesta emocional, ante el impacto que le produce el despliegue de contenidos por parte del paciente.
- **Intención de abstinencia:** Es la intención de no mostrar contenidos personales del terapeuta durante el proceso de psicoterapia. Estos contenidos pueden ser usados de forma implícita, pero el paciente no debe saber que así es.

- Intención de receptividad: Se basa en la actitud que debe tener el terapeuta, de constante y permanente atención hacia el paciente, usando para esto su dotación sensorial cognitiva y emocional (Yáñez, 2004).

4.2.4 Cambio psicoterapéutico.

El objetivo de la terapia psicológica Constructivista Cognitiva, es la creación de las instancias necesarias y propicias para producir un cambio en el paciente. Este cambio, puede generarse en distintos tipos de niveles y estará condicionado con el momento en el que se encuentre la terapia y los objetivos que se hayan planteado en conjunto con el paciente (Yáñez, citado en Cortés y Kusanovic, 2002).

Existen dos tipos de cambios posibles, los que fueron descritos por Guidano (1994) de la siguiente forma:

- Cambios Profundos: Se entiende como aquel que permite aumentar los niveles de autoconciencia del paciente.
- Cambios Superficiales: Son los que tienen que ver con aquellos aspectos del diario vivir del sujeto que se ven alterados. Estos resultan ser, en su mayoría, el motivo de consulta del sujeto.

El cambio está dirigido a la inclusión de las perturbaciones tanto de sí mismo como a su vez las discrepancias de la realidad y demandas del medio, siendo capaz de mantener un sentido de sí mismo en forma continua. Existen tres mecanismos de cambio descritos por Safran y Segal (1994) que permiten llevar a cabo esto y que se describen a continuación:

- Descentramiento: Es la capacidad del sujeto de distanciarse de la experiencia inmediata, permitiéndole observarla y darse cuenta de sus propias acciones, y de esta forma poder hacerse responsable de las mismas. Además, el descentramiento permite mostrarle al sujeto que la realidad actual no es algo absoluto sino más bien un momento en particular, que se va construyendo constantemente.

- Desmentido experiencial: Es la posibilidad de rebatir creencias disfuncionales, por medio de la incorporación de nuevas experiencias. Está en clara relación con el descentramiento, ya que en la medida que el sujeto sea capaz de distanciarse y observar la realidad, podrá ir generando diversas formas de actuar y modos de evaluar a sí mismo y al mundo.
- Acceso a información sobre disposiciones a la acción: Hace referencia a la capacidad del sujeto de descubrir aspectos de su propia experiencia de las cuales no tenía conciencia.

4.2.6 Fases de la terapia.

Depende del encuadre y la metodología de trabajo del modelo, en este caso puede ser dividido en tres etapas.

- Fase de evaluación: Corresponde a las primeras 3 sesiones de la terapia, las cuales tienen por objetivo establecer la alianza terapéutica y conocer la problemática del paciente. Finaliza una vez realizada la devolución, espacio donde el terapeuta da sus impresiones al paciente y llegan a un acuerdo acerca de los objetivos y la forma de trabajarlos en el proceso.
- Fase de ajuste: Durante esta fase se comienza a indagar en el motivo de consulta, además de intentar conocer más al paciente para poder definir a qué tipo de Organización de Significado Personal este pertenece. En esta fase además, el paciente comienza a notar y a familiarizarse con el estilo de trabajo del modelo, principalmente a través del encuadre y el tipo de relación establecida con su terapeuta.
- Trabajo terapéutico: Aquí se comienza el trabajo a fondo con la sintomatología y la forma de operar del paciente, mediante los métodos e intervenciones propias del modelo Constructivista Cognitivo (Cortés y Kusanovic, 2002).

3 MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se señalan las características metodológicas de la investigación. En primer lugar, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos. Luego, se indica el enfoque escogido, tipo de diseño y su fundamentación. Posteriormente se describe la muestra estudiada y las herramientas utilizadas, explicando los criterios de inclusión y exclusión al momento de realizar la selección de la muestra. Luego, se presenta el procedimiento mediante el cual se recaudaron los datos, y la operacionalización y definición de las variables a estudiar. Por último, se describen las operaciones estadísticas que se requirieron para el análisis de las mismas.

3.1 OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

Conocer el estado de la gestión administrativa del terapeuta Constructivista Cognitivo y las características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos por dichos terapeutas en el CAPs de la Universidad de Chile, durante los últimos 5 años (2009 al 2013).

- **Objetivos Específicos:**

1. Describir las principales características de la gestión administrativa de los terapeutas del modelo.
2. Describir las principales características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en psicoterapia.
3. Recolectar información a partir del cálculo de estadísticos, que pueda ser de utilidad para realizar futuros ajustes a la forma en que el modelo se aplica en el CAPs.

3.2 Enfoque metodológico y tipo de diseño.

En función de los objetivos planteados y de las características de las variables a observar, se trabajó con un *enfoque cuantitativo*. Éste permitió realizar operaciones estadísticas para obtener resultados que den lugar a las observaciones que puedan

describir detalladamente el funcionamiento que ha tenido el modelo Constructivista Cognitivo de adultos.

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y análisis de los datos para contestar a preguntas de investigación, para lo cual se fía de datos numéricos y el uso de la estadística, pudiendo así establecer patrones de comportamiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Esto es lo que buscó realizar esta investigación, vale decir, determinar características relativamente constantes en el funcionamiento del modelo Constructivista Cognitivo durante un período de tiempo a través de la recopilación de información y el conteo de categorías.

Asimismo, este enfoque se ajusta a uno de los objetivos centrales del presente trabajo, que dice relación con resaltar asociaciones entre las variables analizadas por medio de métodos estadísticos, con la finalidad de plantear proposiciones precisas y hacer recomendaciones.

Por lo demás, este trabajo es de carácter *exploratorio*, debido a que no existen antecedentes ni investigaciones previas que aludan estadísticamente al comportamiento de este modelo durante los años, por lo que la investigación es un primer acercamiento a un objeto de estudio poco abordado. A su vez, la investigación es *descriptiva*, en tanto busca conocer y caracterizar el operar de los terapeutas del modelo en la atención clínica a través de los años, como también describir los casos atendidos. Según esto, si bien se trata de un estudio cuantitativo, la formulación de hipótesis no es pertinente en relación a los objetivos y al alcance de la investigación, dado que no se pretende pronosticar datos, sino que generarlos y conocerlos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de diseño es no experimental, puesto que no se manipulará ninguna de las variables estudiadas; es retrospectivo, al tratarse de una revisión y registro de datos ya generados en las fichas de pacientes y epicrisis; y es transversal, al haberse recopilado los datos en un único momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

3.3 Muestra estudiada y herramientas utilizadas

En cuanto a la recolección de datos requeridos para esta investigación, estos fueron obtenidos por medio de la revisión de fichas de los pacientes que fueron atendidos por terapeutas Constructivistas Cognitivos¹.

La información recabada fue registrada de forma anónima, y en su mayoría a partir de las fichas de ingreso y epicrisis de los individuos. Cabe señalar que los datos recolectados para esta investigación no están relacionados con la información personal del paciente (datos de identificación) o su tratamiento, mucho menos con antecedentes relativos a la evolución de los casos sesión a sesión.

Es por esto que no fue necesario contar con un consentimiento informado de los pacientes, debido a que al ingresar al sistema de atención del CAPs, los usuarios ya han sido informados sobre las condiciones en las que se trabaja en este centro, entre las que se cuentan la supervisión conjunta de los casos y el carácter académico y formativo de ese espacio. Dichas condiciones aparecen señaladas en un documento que todo paciente que desee atenderse en el CAPs debe firmar.

La muestra de la investigación, es una muestra no probabilística de tipo intencional, la cual está compuesta por 115 fichas de pacientes del CAPs de la Universidad de Chile, que fueron atendidos en una o más sesiones de psicoterapia, por psicólogos en formación o que cursaban programas académicos pertenecientes al modelo Constructivista Cognitivo entre los años 2009 al 2013 y que son mayores de 18 años.

Según lo anterior, los criterios de inclusión para seleccionar las fichas que constituyen la muestra fueron:

- Personas atendidas por terapeutas Constructivistas Cognitivos de adultos.
- Personas atendidas dentro de los 5 años que esta investigación se propuso abarcar (2009 - 2013).
- Personas mayores de 18 años (pacientes adultos)
- Casos que tuvieron al menos una sesión de psicoterapia.

¹ Es necesario puntualizar que se estima debe existir cierto número de fichas de pacientes no encontradas y que por ende no pudieron ser incluidas en el registro.

- Casos cuyos procesos psicoterapéuticos ya fueron cerrados.

Es por lo mismo, que los únicos criterios de exclusión fueron el haber sido atendido por otro modelo psicoterapéutico presente en el CAPs (Enfoque Sistémico, Psicoanalítico y Humanista) y/o línea de desarrollo en psicología (Psicología Jurídica) y el ser menor de 18 años (en tal caso correspondía al área Infanto-Juvenil). Los casos que sólo tuvieron entrevista de ingreso y que por ende no contaron con sesiones de psicoterapia, fueron descartados del registro. Lo mismo ocurrió con aquellos casos, cuyos procesos psicoterapéuticos continúan abiertos.

3.4 Procedimiento

El procedimiento para realizar la investigación consistió en varias fases, las que se describen a continuación:

3.4.1 Selección de fichas y registro de datos

En primer lugar, se llevó a cabo una selección de fichas de pacientes según los criterios de inclusión del proyecto antes señalados, equivalentes al tipo de modelo en que fue atendido el paciente y el año del tratamiento, así como la edad de los mismos. La forma en que se determinó que una ficha correspondía al modelo Constructivista Cognitivo, fue revisando este ítem en las fichas de ingreso y/o epicrisis. De no aparecer dicha información en estos documentos, se buscó con el número de ficha el enfoque correspondiente en una planilla en la que se registran todos los pacientes atendidos en el CAPs, sus terapeutas y sus corrientes².

Luego fue recopilada la información a analizar organizada por categorías y registrada en una base de datos³. Cuando se separó la información por años, se decidió que los casos quedarán registrados en aquel año en el que tuvieron un mayor número de sesiones, independiente de su fecha de ingreso, y así evitar que un mismo caso se repitiera en el registro total. También se incluyeron en los cálculos las sesiones realizadas

² A pesar de que existe un registro total de pacientes del CAPs, éste no se encuentra completo y no presentó información confiable el cien por ciento de las veces.

³ Incluida en los Anexos.

en años anteriores, puesto que en la mayoría de los casos se sabía el número total de sesiones, pero no sus correspondientes fechas⁴.

3.4.2 Definición de variables

En el siguiente apartado se definen las dos variables que se observaron durante la investigación en función de los objetivos propuestos:

- Gestión administrativa del terapeuta: dice relación con la labor administrativa e institucional del terapeuta, a saber completar las fichas de ingreso y epicrisis.
- Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos: dice relación con las variables que describen a la muestra, es decir características sociodemográficas y asociadas al quehacer terapéutico⁵.

3.4.3 Creación de categorías

Las distintas variables estudiadas y revisadas en las fichas de pacientes, fueron organizadas y operacionalizadas en 8 categorías, las que se consideraron en el análisis de este trabajo. Algunas de las cuales fueron desglosadas en subcategorías como se muestra en la siguiente lista:

1. Número total de sesiones en psicoterapia: refiere a las sesiones que fueron registradas en las fichas de evolución y/o asistencia, es decir aquellas que fueron realizadas⁶.
2. Género del paciente.
3. Motivos de consulta: Resume las diversas quejas y problemáticas de cada paciente⁷:
 - Sintomatología depresiva
 - Sintomatología ansiosa
 - Problemas familiares

⁴ Esto puede influir en los cálculos de media de sesiones por año.

⁵ La única variable que corresponde a una característica sociodemográfica en este estudio es el Género.

⁶ Se estima que probablemente existe cierto porcentaje de sesiones realizadas que no fueron registradas en las fichas de evolución y/o asistencia.

⁷ La formulación de estas etiquetas fue respetando las palabras originales del paciente y/o lo descrito por el terapeuta. En algunos casos existió más de un Motivo de consulta registrado por caso.

- Problemas de pareja
 - Duelo
 - Enfermedad
 - Abuso sexual
 - Rendimiento académico
 - Orientación vocacional
 - Baja autoestima-inseguridad
 - Problemas sexuales
 - Trastornos alimentarios
 - Descontrol de impulsos
 - Funcionamiento obsesivo
 - Alteraciones del sueño
 - Consumo de alcohol y/u otras sustancias
 - Habilidades sociales
 - Fobias
 - Autoconocimiento-Orientación
 - Contención/Superación de trauma
 - Problemas laborales
 - Adicción al juego
 - Problemas de adaptación
 - Término proceso psicoterapéutico
 - Ánimo lábil
 - Sin información
4. Diagnósticos: Se establecieron en base al DSM – IV, manual utilizado por todos los terapeutas del CAPs durante los años estudiados⁸:
- Eje I:
 - Trastornos Adaptativos
 - Trastornos de Ansiedad
 - Trastornos del Estado del Ánimo
 - Trastornos Sexuales
 - Trastornos del Sueño

⁸ Sólo se incluyen aquellos grupos de trastornos que están presentes en la muestra seleccionada. El Eje V no fue incluido debido a que casi no existió reporte de este eje.

- Trastornos Somatomorfos
 - Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Problemas de relación, duelo, problema biográfico.
 - Eje II:
 - Trastorno de la Personalidad por evitación / Rasgos evitativos
 - Trastorno de la Personalidad por dependencia / Rasgos dependientes
 - Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad / Rasgos obsesivos
 - Trastorno Límite de la Personalidad / Rasgos límites
 - Trastorno Histriónico de la Personalidad / Rasgos histriónicos
 - Trastorno Paranoide de la Personalidad / Rasgos paranoides
 - Trastorno de Personalidad no especificado
 - Eje III:
 - Enfermedades del Aparato Digestivo
 - Enfermedades del Sistema Circulatorio
 - Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas
 - Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo
 - Eje IV:
 - Problemas relativos al grupo primario de apoyo
 - Problemas laborales
 - Problemas económicos
 - Problemas relativos a la enseñanza
 - Sin información
5. Epicrisis: Indica la presencia o ausencia de este documento, existiendo tres posibilidades:
- No
 - Sí, completa
 - Sí, incompleta
6. Tipos de cierre: Alude a la forma en que se produce el término del proceso psicoterapéutico:
- Deserciones: abandonos por parte del paciente.
 - Cierre mutuos: acuerdo entre terapeuta y paciente. Representan las altas terapéuticas.

- Cierre del terapeuta: terapeuta propone cerrar proceso psicoterapéutico en vista de una notoria mejoría o por otras razones. También representan las altas terapéuticas.
 - Cierre del paciente: implica un cierre formal por parte del paciente, ya sea por remisión sintomática (alta) o por motivos de carácter laboral y/o económico.
 - Sin información
7. Interconsultas: Refiere a la consulta de otros profesionales de la salud mental, principalmente psiquiatras o neurólogos, ya sea para psicodiagnóstico o tratamiento. Existen tres posibilidades:
- Sí
 - No
 - Sin información
8. Tratamiento farmacológico: Indica la presencia de farmacoterapia simultánea a la psicoterapia.
- Sí
 - No
 - Sin información

3.4.4 Procedimiento de análisis de la información

Con el objetivo de brindar antecedentes estadísticos sobre la gestión administrativa del terapeuta y las características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos, se sometieron los datos obtenidos por categorías a un análisis basado en las siguientes operaciones:

- La siguiente fórmula corresponde al cálculo de la Media Aritmética, estadístico que indica el promedio de un conjunto de valores pertenecientes a una de las variables –categorías- estudiadas (Vargas, 1995).

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n a_i = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

- La siguiente fórmula corresponde a la Regla de Tres Directa, que permite conocer el valor por ciento respecto del total de casos por variable –categoría-. Cada resultado indica el porcentaje de frecuencia de casos por subcategoría, ya sea por cada año o en el total de cinco años. (Vargas, 1995).

$$\frac{B}{A} = \frac{Y}{X} = k$$

Una vez que se recaudaron los datos necesarios en relación a las categorías, se obtuvieron las medidas estadísticas previamente planteadas de las que se pudieron desprender observaciones que apuntan a una descripción detallada acerca del funcionamiento del modelo Constructivista Cognitivo de adultos durante los últimos cinco años, a partir de las dos variables propuestas. Dichas descripciones se presentan ampliamente en los resultados.

De acuerdo a los objetivos, se realizaron los siguientes procedimientos:

Con respecto a la variable *gestión administrativa del terapeuta*, las categorías que sirvieron para medirla fueron: Epicrisis y los porcentajes relativos a los casos conocidos como desconocidos del total de casos registrados. Dichos porcentajes fueron obtenidos en todas las categorías a partir de las fichas.

En cuanto a la variable *características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos*, las categorías que se utilizaron para medirla fueron: Número de sesiones, Género, Motivo de consulta, Diagnóstico, Tipo de cierre, Interconsulta y Tratamiento farmacológico.

En el caso de la categoría Número total de sesiones en psicoterapia, se obtuvo el número promedio de sesiones por año y el promedio de los cinco años. En el caso de las demás categorías se obtuvieron los totales de casos y los porcentajes de prevalencia por año y también de los cinco años revisados.

La segunda fase del procedimiento de análisis de la información, consistió en una serie de estadísticas que pretenden ilustrar el modo en que cada categoría se cruza con la otra, de manera que se pudo establecer posibles asociaciones entre ellas. Este

procedimiento generó información que refiere netamente a las *características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos*. Los cruces realizados fueron:

- Tipo de Cierre con: Tratamiento farmacológico, Género, Diagnóstico, Motivo de consulta, Número de sesiones.
- Género⁹ con: Número de sesiones, Diagnóstico, Tratamiento farmacológico, Motivo de consulta.
- Motivo de consulta con: Número de sesiones, Interconsulta, Tratamiento farmacológico¹⁰.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar se exponen los resultados por año de cada categoría, indicando primero aquella información que alude a la *gestión administrativa del terapeuta* (porcentaje de información reportada y no reportada), para luego indicar los resultados que refieren a las *características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos*. En esta última sección, los porcentajes fueron obtenidos a partir del número total de casos conocidos.

El número total de terapeutas Constructivistas Cognitivos que realizaron psicoterapia en el CAPs en el período revisado, es difícil de precisar, dado que existe un porcentaje de este equipo de psicólogos, que no está de manera estable en este centro (practicantes y alumnos de postgrado principalmente), lo cual implica que la nómina de terapeutas no cuente con información completa y actualizada al respecto. Además, este dato no apareció reportado en todas las fichas. Es por esto que todos los cálculos realizados, incluso aquellos que refieren a la *gestión administrativa del terapeuta*, fueron obtenidos a partir del total de casos (115), cifra que sí está debidamente determinada y abarca a toda la muestra, es decir es un dato confiable.

⁹ Excepción: Se realizó un cruce de tres categorías simultáneamente: Género, Tipo de cierre y Número de sesiones, puesto que se consideró relevante observar el promedio de sesiones entre hombres y mujeres, en cada uno de los Tipos de cierre.

¹⁰ El cruce de Motivo de consulta con Diagnóstico no se incluye en el Análisis de los resultados, dado que se observó una alta correspondencia entre ambas categorías, no siendo un dato que aportara a la investigación.

Posteriormente se presentan los resultados del cruce de categorías de los cinco años. Este apartado refiere solamente a la caracterización clínica y sociodemográfica de la muestra seleccionada y no a la gestión administrativa de los terapeutas.

4.1 Resultados año 2009

4.1.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2009

Tabla 1

Información reportada y no reportada por categoría

	Reportado	No reportado
Número de sesiones (505)	100%	
Motivo de Consulta	100%	
Diagnóstico	26.66%	73.33%
Tipo de cierre	66.66%	33.33%
Interconsulta	33.33%	66.66%
Tratamiento Farmacológico	63.33%	36.66%

Tabla 2

Presencia de Epicrisis

	Total	Porcentaje
No	19	63.33%
Sí, completa	1	3.33%
Sí, incompleta	10	33.33%
Epicrisis presentes	11	36.66%

El total de casos revisados del año 2009 fue de 30 fichas de pacientes. A partir de las tablas presentadas, se puede señalar que en las categorías Número de sesiones y Motivo de consulta, la totalidad de los casos fueron reportados. Además, las categorías que también presentaron un alto porcentaje de reporte, fueron Tipo de cierre y Tratamiento farmacológico. Sin embargo, las categorías Diagnóstico, Epicrisis e Interconsulta presentan un porcentaje significativo de datos no reportados.

4.1.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2009

Tabla 3

Número de sesiones

Total	Media
505	16.83

Tabla 4

Género

	Total	Porcentaje
Masculino	10	33.33%
Femenino	20	66.66%
Total casos 2009	30	

Tabla 5
Motivo de consulta

	Total	Porcentaje
Sintomatología depresiva	7	23.33%
Sintomatología ansiosa	6	20%
Problemas familiares	5	16.66%
Problemas de pareja	10	33.33%
Duelo	0	
Enfermedad	0	
Abuso sexual	0	
Rendimiento académico	1	3.33%
Orientación vocacional	1	3.33%
Baja autoestima-inseguridad	3	10%
Problemas sexuales	1	3.33%
Trastornos alimentarios	1	3.33%
Descontrol de impulsos	0	
Funcionamiento obsesivo	0	
Alteraciones del sueño	2	6.66%
Consumo de alcohol y/u otras sustancias	1	3.33%
Habilidades sociales	6	20%
Fobia	0	
Autoconocimiento-Orientación	3	10%
Contención/Superación de trauma	3	10%
Problemas laborales	1	3.33%
Adicción al juego	0	
Problemas de adaptación	0	
Término proceso psicoterapéutico	0	
Ánimo lábil	1	3.33%

Tabla 6
Diagnósticos

	Total	Porcentaje
Trastorno Adaptativo	1	12.5%
Trastorno de Ansiedad	3	37.5%
Trastorno del Estado de Ánimo depresivo	3	37.5%
Trastornos sexuales	0	
Trastornos del sueño	0	
Trastornos de la conducta alimentaria	0	
Trastornos somatomorfos	0	
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	1	12.5%
Trastorno de la Personalidad por evitación / Rasgos evitativos	0	
Trastorno de la Personalidad por dependencia / Rasgos dependientes	0	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad / Rasgos obsesivos	0	
Trastorno Límite de la Personalidad / Rasgos límites	2	25%
Trastorno Histriónico de la Personalidad / Rasgos histriónicos	0	
Trastorno Paranoide de la Personalidad / Rasgos paranoides	1	12.5%
Trastorno de Personalidad no especificado	2	25%
Enfermedades del Aparato Digestivo	0	
Enfermedades del Sistema Circulatorio	0	
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	0	
Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	0	
Problemas relativos a la enseñanza	1	12.5%
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	2	25%
Problemas laborales	1	12.5%
Problemas económicos	1	12.5%

Tabla 7
Tipo de cierre

	Total	Porcentaje
Deserción	10	50%
Mutuo	6	30%
Del terapeuta	1	5%
Del paciente	3	15%

Tabla 8
Interconsulta

	Total	Porcentaje
Sí	5	50%
No	5	50%

Tabla 9
Tratamiento farmacológico

	Total	Porcentaje
Sí	8	42.1%
No	11	57.89%

Acerca del promedio de Número de sesiones en este año, es necesario mencionar, que éste fue bastante alto, dado que se trataban de casos con más de un año de terapia.

Se puede indicar que 20 de los casos fueron mujeres y 10 hombres. Con respecto al Motivo de consulta, los más frecuentes fueron Problemas de pareja (33.33%), Sintomatología depresiva (23.33%), Sintomatología ansiosa (20%) y Habilidades sociales (20%). También se destacan los Problemas familiares con un 16.66%. En la categoría Diagnósticos, los Trastornos de ansiedad y los Trastornos del Estado Ánimo depresivos fueron los más frecuentes representando un tercio del total de casos conocidos.

Respecto del Tipo de cierre, la Deserción fue el término de terapia con mayor porcentaje, seguido por el cierre Mutuo. En el caso de la Interconsulta, tanto los que requirieron derivación como los que no, presentan el mismo porcentaje, considerando que en esta categoría, la cifra sin información supera la mitad de los casos. Para finalizar, los casos que estaban con un Tratamiento farmacológico, fueron un 42.1%.

4.2 Resultados año 2010

4.2.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2010

Tabla 10

Información reportada y no reportada por categoría

	Reportado	No reportado
Número de sesiones (347)	100%	
Motivo de consulta	100%	
Diagnóstico	36.84%	63.15%
Tipo de cierre	68.42%	31.57%
Interconsulta	42.1%	57.89%
Tratamiento Farmacológico	47.36%	52.63%

Tabla 11

Presencia de Epicrisis

	Total	Porcentaje
No	11	57.89%
Sí, completa	3	15.78%
Sí, incompleta	5	26.31%
Epicrisis presentes	8	42.1%

El total de casos registrados en el año 2010 fue de 19 fichas de pacientes. En base a las anteriores tablas, las categorías con mayor porcentaje de reporte fueron Motivo de consulta, Número de sesiones y Tipo de Cierre. Por otro lado, las categorías Diagnóstico, Epicrisis, Interconsulta y Tratamiento farmacológico tienen un porcentaje mayor de información no reportada.

4.2.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2010

Tabla 12

Número de sesiones

Total	Media
347	18.26

Tabla 13

Género

	Total	Porcentaje
Masculino	8	42.1%
Femenino	11	57.89%
Total casos 2010	19	

Tabla 14

Motivo de consulta

	Total	Porcentaje
Sintomatología depresiva	2	10.52%
Sintomatología ansiosa	4	21.05%
Problemas familiares	4	21.05%
Problemas de pareja	1	5.26%
Duelo	0	
Enfermedad	0	
Abuso sexual	0	
Rendimiento académico	0	
Orientación vocacional	2	10.52%
Baja autoestima-inseguridad	6	31.57%
Problemas sexuales	1	5.26%
Trastornos alimentarios	0	
Descontrol de impulsos	1	5.26%
Funcionamiento obsesivo	1	5.26%
Alteraciones del sueño	1	5.26%
Consumo de alcohol y/u otras sustancias	1	5.26%
Habilidades sociales	1	5.26%
Fobia	0	
Autoconocimiento-Orientación	2	10.52%
Contención/Superación de trauma	2	10.52%
Problemas laborales	2	10.52%
Adicción al juego	0	
Problemas de adaptación	0	
Término proceso psicoterapéutico	0	
Ánimo lábil	1	5.26%

Tabla 15
Diagnósticos

	Total	Porcentaje
Trastorno Adaptativo	0	
Trastorno de Ansiedad	2	28.57%
Trastorno del Estado de Ánimo depresivo	3	42.85%
Trastornos sexuales	1	14.28%
Trastornos del sueño	0	
Trastornos de la conducta alimentaria	0	
Trastornos somatomorfos	0	
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	1	14.28%
Trastorno de la Personalidad por evitación / Rasgos evitativos	1	14.28%
Trastorno de la Personalidad por dependencia / Rasgos dependientes	1	14.28%
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad / Rasgos obsesivos	1	14.28%
Trastorno Límite de la Personalidad / Rasgos límites	1	14.28%
Trastorno Histriónico de la Personalidad / Rasgos histriónicos	0	
Trastorno Paranoide de la Personalidad / Rasgos paranoides	0	
Trastorno de Personalidad no especificado	0	
Enfermedades del Aparato Digestivo	0	
Enfermedades del Sistema Circulatorio	0	
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	0	
Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	0	
Problemas relativos a la enseñanza	0	
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	3	42.85%
Problemas laborales	0	
Problemas económicos	0	

Tabla 16
Tipo de cierre

	Total	Porcentaje
Deserción	5	38.46%
Mutuo	4	30.76%
Del terapeuta	0	
Del paciente	4	30.76%

Tabla 17
Interconsulta

	Total	Porcentaje
Sí	2	25%
No	6	75%

Tabla 18
Tratamiento farmacológico

	Total	Porcentaje
Sí	3	33.33%
No	6	66.66%

En este año, la media de sesiones también resultó ser alta, porque como ya se había mencionado anteriormente, varios de los casos tenían terapias comenzadas en años pasados.

Del total de casos registrados, 11 fueron mujeres y 8 hombres. Los Motivos de consulta con mayor porcentaje en este año son Baja Autoestima-inseguridad representando un tercio de los casos conocidos, seguido por la Sintomatología ansiosa y Problemas familiares, ambos con 21.05%.

Con respecto a los Diagnósticos, tanto los Trastornos del Estado del Ánimo depresivo como los Problemas relativos al grupo primario de apoyo, se presentan en mayor frecuencia durante el 2010 con un 42.85% de los casos conocidos. En este año nuevamente, la cantidad de casos sin Diagnóstico reportado supera a la cifra conocida. En la categoría Tipo de cierre, las deserciones superan al tercio del total de casos conocidos.

En la categoría de Interconsulta, la mayoría de los casos conocidos no requirió derivación a otros profesionales. Sin embargo, en este ítem, la cantidad de casos no reportados sigue siendo mayor a la de los casos conocidos. Por último, de los casos reportados, un tercio requirió Tratamiento farmacológico.

4.3 Resultados año 2011

4.3.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2011

Tabla 19

Información reportada y no reportada por categoría

	Reportado	No reportado
Número de sesiones (411)	93.93%	6.06%
Motivo de Consulta	97%	3%
Diagnóstico	51.51%	48.48%
Tipo de cierre	63.63%	36.36%
Interconsulta	39.39%	59.59%
Tratamiento Farmacológico	90.9%	9%

Tabla 20

Presencia de Epicrisis

	Total	Porcentaje
No	21	63.6%
Sí, completa	3	9%
Sí, incompleta	9	27%
Epicrisis presentes	12	36.36%

El total de casos registrados en el año 2011 fue de 33 fichas de pacientes. Las categorías con mayor porcentaje de reporte son Número de sesiones, Motivo de consulta, Diagnóstico, Tipo de cierre y Tratamiento farmacológico. Las categorías con menor porcentaje de reporte son Epicrisis e Interconsulta.

4.3.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2011

Tabla 21

Número de sesiones

Media	Total
13.25	411

Tabla 22

Género

	Total	Porcentaje
Masculino	14	42%
Femenino	19	57.5%
Total casos 2011	33	

Tabla 23

Motivo de consulta

	Total	Porcentaje
Sintomatología depresiva	2	6.25%
Sintomatología ansiosa	8	25%
Problemas familiares	8	25%
Problemas de pareja	9	28.12%
Duelo	2	6.25%
Enfermedad	0	
Abuso sexual	0	
Rendimiento académico	1	3.12%
Orientación vocacional	2	6.25%
Baja autoestima-inseguridad	4	12.5%
Problemas sexuales	3	9.37%
Trastornos alimentarios	1	3.12%
Descontrol de impulsos	2	6.25%
Funcionamiento obsesivo	0	
Alteraciones del sueño	0	
Consumo de alcohol y/u otras sustancias	0	
Habilidades sociales	2	6.25%
Fobia	1	3.12%
Autoconocimiento-Orientación	2	6.25%
Contención/Superación de trauma	0	
Problemas laborales	2	6.25%
Adicción al juego	1	3.12%
Problemas de adaptación	0	
Término proceso psicoterapéutico	0	
Ánimo lábil	1	3.12%

Tabla 24
Diagnósticos

	Total	Porcentaje
Trastorno Adaptativo	7	41.17%
Trastorno de Ansiedad	4	23.52%
Trastorno del Estado de Ánimo depresivo	4	23.52%
Trastornos sexuales	0	
Trastornos del sueño	0	
Trastornos somatomorfos	1	5.88%
Trastornos de la conducta alimentaria	1	5.88%
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	4	23.52%
Trastorno de la Personalidad por evitación / Rasgos evitativos	1	5.88%
Trastorno de la Personalidad por dependencia / Rasgos dependientes	1	5.88%
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad / Rasgos obsesivos	2	11.76%
Trastorno Límite de la Personalidad / Rasgos límites	1	5.88%
Trastorno Histriónico de la Personalidad / Rasgos histriónicos	0	
Trastorno Paranoide de la Personalidad / Rasgos paranoides	0	
Trastorno de Personalidad no especificado	1	5.88%
Enfermedades del Aparato Digestivo	0	
Enfermedades del Sistema Circulatorio	0	
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	2	11.76%
Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	1	5.88%
Problemas relativos a la enseñanza	0	
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	7	41.17%
Problemas laborales	1	5.88%
Problemas económicos	0	

Tabla 25
Tipo de cierre

	Total	Porcentaje
Deserción	11	52.38%
Mutuo	8	38.09%
Del terapeuta	0	
Del paciente	2	9.52%

Tabla 26
Interconsulta

	Total	Porcentaje
Sí	2	15.38%
No	11	84.61%

Tabla 27
Tratamiento farmacológico

	Total	Porcentaje
Sí	10	33.33%
No	20	66.66%

Del total de casos, 19 son mujeres y 14 hombres. Los Motivos de consulta más frecuentes fueron los Problemas de pareja (28.12%), seguidos por la Sintomatología ansiosa y Problemas familiares, representando ambos un cuarto de los casos conocidos. Entre los Diagnósticos registrados, los más frecuentes fueron los Trastornos Adaptativos y los Problemas relativos al grupo primario de apoyo, ambos con un 41.17%. Con respecto al Tipo de cierre, nuevamente la Deserción es la que muestra un mayor porcentaje, siendo un poco mayor a la mitad de los casos conocidos. El número de pacientes que fueron derivados a otros profesionales fue del 15.38%. Sin embargo, es necesario considerar que la mayoría de los casos no contó con reporte de Interconsulta. Finalmente, la mayor parte de los pacientes no tuvo un Tratamiento farmacológico durante la terapia, llegando al 66.66% de los casos conocidos.

4.4 Resultados año 2012

4.4.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2012

Tabla 28
Información reportada y no reportada por categoría

	Reportado	No reportado
Número de sesiones (195)	96.29%	3.7%
Motivo de Consulta	100%	
Diagnóstico	66.66%	33.33%
Tipo de cierre	81.48%	18.51%
Interconsulta	51.85%	48.14%
Tratamiento Farmacológico	81.48%	18.51%

Tabla 29
Presencia de Epicrisis

	Total	Porcentaje
No	11	40.74%
Sí, completa	5	18.51%
Sí, incompleta	11	40.74%
Epicrisis presentes	16	59.25%

El total de los casos registrados en el año 2012 fue de 27 fichas de pacientes. En este año hubo un alto porcentaje de reporte en todas las categorías revisadas. Aun así, la cantidad de Epicrisis ausentes es alta, así como también la información no reportada en la categoría Interconsulta, siendo levemente inferior a la mitad de los casos.

4.4.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2012

Tabla 30
Número de sesiones

Media	Total
7.2	195

Tabla 31
Género

	Total	Porcentaje
Masculino	12	44.44%
Femenino	15	55.55%
Total casos 2012	27	

Tabla 32
Motivo de consulta

	Total	Porcentaje
Sintomatología depresiva	4	14.81%
Sintomatología ansiosa	7	25.92%
Problemas familiares	3	11.11%
Problemas de pareja	2	7.4%
Duelo	1	3.7%
Enfermedad	0	
Abuso sexual	1	3.7%
Rendimiento académico	1	3.7%
Orientación vocacional	1	3.7%
Baja autoestima-inseguridad	5	18.51%
Problemas sexuales	3	11.11%
Trastornos alimentarios	0	
Descontrol de impulsos	2	7.4%
Funcionamiento obsesivo	1	3.7%
Alteraciones del sueño	0	
Consumo de alcohol y/u otras sustancias	0	
Habilidades sociales	3	11.11%
Fobia	1	3.7%
Autoconocimiento-Orientación	3	11.11%
Contención/Superación de trauma	0	
Problemas laborales	0	
Adicción al juego	0	
Problemas de adaptación	1	3.7%
Término proceso psicoterapéutico	1	3.7%
Ánimo lábil	1	3.7%

Tabla 33
Diagnósticos

	Total	Porcentaje
Trastorno Adaptativo	6	33.33%
Trastorno de Ansiedad	5	27.77%
Trastorno del Estado de Ánimo depresivo	8	44.44%
Trastornos sexuales	1	5.55%
Trastornos del sueño	0	
Trastornos somatomorfos	0	
Trastornos de conducta alimentaria	0	
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	1	5.55%
Trastorno de la Personalidad por evitación / Rasgos evitativos	1	5.55%
Trastorno de la Personalidad por dependencia / Rasgos dependientes	1	5.55%
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad / Rasgos obsesivos	3	16.66%
Trastorno Límite de la Personalidad / Rasgos límites	4	22.22%
Trastorno Histriónico de la Personalidad / Rasgos histriónicos	1	5.55%
Trastorno Paranoide de la Personalidad / Rasgos paranoides	0	
Trastorno de Personalidad no especificado	0	
Enfermedades del Aparato Digestivo	1	5.55%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	0	
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	1	5.55%
Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	0	
Problemas relativos a la enseñanza	0	
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	3	16.66%
Problemas laborales	1	5.55%
Problemas económicos	1	5.55%

Tabla 34
Tipo de cierre

	Total	Porcentaje
Deserción	13	59.09%
Mutuo	6	27.27%
Del terapeuta	2	9.09%
Del paciente	1	4.54%

Tabla 35
Interconsulta

	Total	Porcentaje
Sí	3	21.42%
No	11	78.57%

Tabla 36
Tratamiento farmacológico

	Total	Porcentaje
Sí	6	27.27%
No	16	72.72%

En el año 2012, del total de casos recopilados, 15 fueron mujeres y 12 hombres. El principal Motivo de consulta fue Sintomatología ansiosa, siendo un cuarto del total de los casos conocidos. Le sigue la Baja autoestima-inseguridad (18.51%) y la Sintomatología depresiva (14.81%). Con respecto a los Diagnósticos, entre los casos conocidos los más frecuentes fueron los Trastornos del Estado de Ánimo depresivo (44.44%), seguido por los Trastornos Adaptativos (33.33%) y Trastornos de ansiedad (27.77%). En el Tipo de cierre, nuevamente la Deserción es la forma de término de terapia más frecuente representando más de la mitad de los casos reportados. El porcentaje de pacientes que requirieron Interconsulta con otros profesionales fue de 21.42% del total de casos conocidos. Además, de este grupo, los que recibieron Tratamiento farmacológico paralelo a la psicoterapia fue de 27.27%.

4.5 Resultados año 2013

4.5.1 Gestión administrativa del terapeuta en el año 2013

Tabla 37
Información reportada y no reportada por categoría

	Reportado^a	No reportado^a
Número de sesiones (63)	100%	
Motivo de Consulta	100%	
Diagnóstico	50%	50%
Tipo de cierre	100%	
Interconsulta	83.33%	16.66%
Tratamiento Farmacológico	66.66%	33.33%

Tabla 38
Presencia de Epicrisis

	Total	Porcentaje ^a
No	1	16.66%
Sí, completa	2	33.33%
Sí, incompleta	3	50%
Epicrisis presentes	6	83.33%

El total de casos registrados del año 2013 fue de 6 fichas de pacientes¹¹. Las categorías que tuvieron un mayor porcentaje de reporte son: Número de sesiones, Motivo de consulta, Tipo de cierre, Epicrisis, Interconsulta y Tratamiento farmacológico. En el caso de la categoría Diagnósticos, esta categoría es la que menos reporte tuvo, llegando sólo a la mitad de los casos.

^a Estos resultados son relativos, dado el reducido número de casos en las categorías.

4.5.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en el año 2013

Tabla 39
Número de sesiones

Media ^a	Total
10.5*	63

Tabla 40
Género

	Total	Porcentaje ^a
Masculino	0	
Femenino	6	100%*
Total casos 2013	6	

¹¹ Se estima que gran parte de los casos que comenzaron a ser atendidos en este año (2013), continuaron sus terapias en el 2014, por lo que sus fichas y respectivos datos no fueron incluidos en el registro, al no estar cerrados los procesos psicoterapéuticos.

Tabla 41
Motivo de consulta

	Total	Porcentaje
Sintomatología depresiva	0	
Sintomatología ansiosa	2	33.33%
Problemas familiares	1	16.66%
Problemas de pareja	2	33.33%
Duelo	0	
Enfermedad	1	16.66%
Abuso sexual	0	
Rendimiento académico	0	
Orientación vocacional	0	
Baja autoestima-inseguridad	1	16.66%
Problemas sexuales	0	
Trastornos alimentarios	0	
Descontrol de impulsos	0	
Funcionamiento obsesivo	0	
Alteraciones del sueño	0	
Consumo de alcohol y/u otras sustancias	0	
Habilidades sociales	1	16.66%
Fobia	0	
Autoconocimiento-Orientación	1	16.66%
Contención/Superación de trauma	0	
Problemas laborales	0	
Adicción al juego	0	
Problemas de adaptación	0	
Término proceso psicoterapéutico	0	
Ánimo lábil	0	

Tabla 42
Diagnósticos

	Total	Porcentaje
Trastorno Adaptativo	2	66.66%
Trastorno de Ansiedad	1	33.33%
Trastorno del Estado de Ánimo depresivo	0	
Trastornos sexuales	0	
Trastornos del sueño	1	33.33%
Trastornos somatomorfos	0	
Trastornos de la conducta alimentaria	0	
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	1	33.33%
Trastorno de la Personalidad por evitación / Rasgos evitativos	0	
Trastorno de la Personalidad por dependencia / Rasgos dependientes	0	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad / Rasgos obsesivos	0	
Trastorno Límite de la Personalidad / Rasgos límites	0	
Trastorno Histriónico de la Personalidad / Rasgos histriónicos	0	
Trastorno Paranoide de la Personalidad / Rasgos paranoides	0	
Trastorno de Personalidad no especificado	0	
Enfermedades del Aparato Digestivo	0	
Enfermedades del Sistema Circulatorio	1	33.33%
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	1	33.33%
Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	0	
Problemas relativos a la enseñanza	0	
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	0	
Problemas laborales	0	
Problemas económicos	1	33.33%

Tabla 43
Tipo de cierre

	Total	Porcentaje
Deserción	3	50%
Mutuo	1	16.66%
Del terapeuta	0	
Del paciente	2	33.33%

Tabla 44
Interconsulta

	Total	Porcentaje ^a
Sí	0	
No	1	100%*

Tabla 45
Tratamiento farmacológico

	Total	Porcentaje
Sí	1	25%
No	3	75%

La totalidad de los casos registrados fueron mujeres. Los Motivos de consulta más frecuentes fueron Sintomatología ansiosa y los Problemas de pareja, ambos representando un tercio de los casos reportados. El Trastorno Adaptativo fue el Diagnóstico con mayor porcentaje de frecuencia con un 66.66%. El Tipo de cierre que obtuvo mayor porcentaje de frecuencia continúa siendo la Deserción, siendo la mitad de los casos. De los casos conocidos, ninguno requirió de una Interconsulta con otros profesionales. En cuanto al Tratamiento farmacológico, tan sólo un caso de los registrados sí estuvo con farmacoterapia.

^a Estos resultados son relativos, puesto que la cantidad de casos en las respectivas subcategorías era muy baja.

4.6 Resultados totales (2009 – 2013)

4.6.1 Gestión administrativa del terapeuta desde 2009 a 2013

Tabla 46
Información reportada y no reportada por categoría

	Reportado	No reportado
Número de sesiones (1522)	97.39%	2.6%
Motivo de consulta	99.13%	0.86%
Diagnóstico	46.84%	53.9%
Tipo de cierre	71.3%	28.69%
Interconsulta	40%	60%
Tratamiento farmacológico	73.04%	26.95%

Tabla 47
Presencia de Epicrisis

	Total	Porcentaje
No	63	54.78%
Sí, completa	14	12.17%
Sí, incompleta	38	33.04%
Epicrisis presentes	52	45.21%

Como se había indicado, el total de casos registrados fue de 115 fichas de pacientes atendidos desde 2009 al 2013. Las categorías que en estos años presentaron una mayor cantidad de reporte fueron: Número de sesiones, Motivo de consulta, Tipo de cierre y Tratamiento farmacológico. Las categorías que menor porcentaje de registro obtuvieron fueron: Diagnóstico, Epicrisis e Interconsulta. Esta tendencia porcentual de las categorías se repitió prácticamente en cada uno de los cinco años, a excepción del 2012, en el que todas las categorías tuvieron un alto porcentaje de reporte.

4.6.2 Características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos desde 2009 a 2013

Tabla 48
Número de sesiones

Total	Media
1522	13.22

Tabla 49
Género

Género	Total	Porcentaje
Masculino	44	38.26%
Femenino	71	61.73%
Total casos 2009-2013	115	

Tabla 50
Motivo de consulta

	Total	Porcentaje
Sintomatología depresiva	15	13.15%
Sintomatología ansiosa	27	23.68%
Problemas familiares	21	18.42%
Problemas de pareja	24	21.05%
Duelo	3	2.63%
Enfermedad	1	0.87%
Abuso sexual	1	0.87%
Rendimiento académico	3	2.63%
Orientación vocacional	6	5.26%
Baja autoestima-inseguridad	19	16.66%
Problemas sexuales	8	6.95%
Trastornos alimentarios	2	1.75%
Descontrol de impulsos	5	4.38%
Funcionamiento obsesivo	2	1.75%
Alteraciones del sueño	3	2.63%
Consumo de alcohol y/u otras sustancias	2	1.75%
Habilidades sociales	13	11.4%
Fobia	2	1.75%
Autoconocimiento-Orientación	11	9.64%
Contención/Superación de trauma	5	4.38%
Problemas laborales	5	4.38%
Adicción al juego	1	0.87%
Problemas de adaptación	1	0.87%
Término proceso psicoterapéutico	1	0.87%
Ánimo lábil	4	3.5%

Tabla 51
Diagnósticos

	Total	Porcentaje
Trastorno Adaptativo	16	30.18%
Trastorno de Ansiedad	15	28.3%
Trastorno del Estado de Ánimo depresivo	18	33.96%
Trastornos sexuales	2	3.77%
Trastornos del sueño	1	1.88%
Trastornos de la conducta alimentaria	1	1.88%
Trastornos somatomorfos	1	1.88%
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	8	15.09%
Trastorno de la Personalidad por evitación / Rasgos evitativos	3	5.66%
Trastorno de la Personalidad por dependencia / Rasgos dependientes	3	5.66%
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad / Rasgos obsesivos	6	11.32%
Trastorno Límite de la Personalidad / Rasgos límites	8	15.09%
Trastorno Histriónico de la Personalidad / Rasgos histriónicos	1	1.88%
Trastorno Paranoide de la Personalidad / Rasgos paranoides	1	1.88%
Trastorno de Personalidad no especificado	3	5.66%
Enfermedades del Aparato Digestivo	1	1.88%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	1	1.88%
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	4	7.54%
Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	1	1.88%
Problemas relativos a la enseñanza	1	1.88%
Problemas relativos al grupo primario de apoyo	15	28.3%
Problemas laborales	3	5.66%
Problemas económicos	3	5.66%

Tabla 52
Tipo de cierre

	Total	Porcentaje
Deserción	42	51.21%
Mutuo	25	30.48%
Del terapeuta	3	3.65%
Del paciente	12	14.63%

Tabla 53
Interconsulta

	Total	Porcentaje
Sí	12	26.08%
No	34	73.91%

Tabla 54
Tratamiento farmacológico

	Total	Porcentaje
Sí	28	33.33%
No	56	66.66%

Del total de casos revisados en la muestra, 71 fueron mujeres y 44 hombres. Los Motivos de consulta más frecuentes en estos cinco años fueron la Sintomatología ansiosa (23.38%), seguido por los Problemas de pareja (21.05%), luego los Problemas familiares (18.42%), la Baja autoestima-inseguridad (16.66%) y la Sintomatología depresiva (13.15%), tendencia que se observó también en el análisis por año. En el caso de los Diagnósticos, los con mayor porcentaje de frecuencia fueron los Trastornos del Estado de Ánimo depresivo (33.96%), los Trastornos Adaptativos (30.18%), los Trastornos de ansiedad (28.3%) y los Problemas relativos al grupo primario de apoyo (28.3%).

Como fue la tendencia durante cada uno de los años, la Deserción fue el Tipo de cierre más frecuente en los casos conocidos, llegando a ser la mitad de éstos, mientras que el Del terapeuta fue el menos frecuente (3.65%). La cantidad de pacientes que requirieron derivación a otros profesionales, fue levemente mayor a un cuarto del total de casos. Sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, hay un porcentaje importante de casos que no tienen reporte de Interconsulta.

Por último, de 2009 a 2013, de los datos conocidos sólo se presentó un tercio del total de pacientes registrados que estuvieron en un Tratamiento farmacológico paralelo a la terapia.

4.6.3 Cruce de categorías¹²

Tabla 55

Cruce Tipo de cierre y Tratamiento farmacológico.

Tipo de Cierre / T. Farmacológico	Sí (T)	Sí (%)	No (T)	No (%)	Sin infor. (T)	Sin infor. (%)
Deserción	8	28.57%	23	41.07%	11	35.48%
Mutuo	4	14.28%	15	26.78%	6	19.35%
Del terapeuta	1	3.57%	2	3.57%		
Del Paciente	3	10.71%	5	8.92%	4	12.9%
Sin información	12	42.85%	11	19.64%	10	32.25%

De los pacientes que sí estaban bajo un Tratamiento farmacológico, el porcentaje más alto se dio entre aquellos que desertaron con un 28.57%. De los pacientes que no tomaban fármacos, el Tipo de cierre más frecuente también fue la Deserción, seguido por el cierre Mutuo. Respecto del total de los casos, se observa que aquellos pacientes que estaban sin Tratamiento farmacológico, tendieron a desertar más.

Tabla 56

Cruce Tipo de Cierre, Género y Número de sesiones.

T. cierre / Género	Masculino (T)	Masculino (%)	Masculino (X ses.)	Femenino (T)	Femenino (%)	Femenino (X ses.)
Deserción	16	13.91%	6.93	23	20%	9.26
Mutuo	7	6.08%	19.42	17	14.78%	15.05
Del terapeuta ^a	2	1.73%	23*	1	0.86%	15*
Del Paciente	6	5.21%	21.83	4	3.47%	20
Sin información	13	11.3%	20.61	20	17.39%	14.05

Respecto del Tipo de cierre, las mujeres tienen un mayor porcentaje de Deserción, sin embargo las mujeres desertoras presentan una media mayor de sesiones que los hombres. En el caso de los cierres Mutuos, las mujeres tienen un mayor porcentaje y los hombres poseen una media de sesiones mayor. En los cierres Del terapeuta y Del paciente, se aprecia que no hay diferencias importantes entre hombres y mujeres.

^a La cantidad de casos en la subcategoría Del Terapeuta en hombres y mujeres es baja, por lo que sus promedios de sesiones (marcados con asteriscos) no son significativos.

¹² Todas las tablas presentan primero una columna que indica los totales de casos encontrados por categoría (T) y luego una columna con el porcentaje que esta cifra representa respecto del total (%).

Tabla 57
Cruce Tipo de cierre y Diagnóstico.

Tipo de cierre / Diagnóstico	Deserción (T)	Deserción (%)	Mutuo (T)	Mutuo (%)	D. terap. (T)	D. terap. (%)	D. pac. (T)	D. pac. (%)	S.Inf. (T)	S. Inf. (%)
Trastorno Adaptativo	6	5.21%	5	4.34%	1	0.86%	1	0.86%	3	2.6%
Trastorno de Ansiedad	5	4.34%	3	2.6%	1	0.86%	2	1.73%	2	1.73%
Trastorno del E. de Ánimo depresivo	10	8.69%	4	3.47%	1	0.86%	1	0.86%	2	1.73%
Trastornos sexuales	2	1.73%								
Trastornos del sueño	1	0.86%								
Trastornos somatomorfos							1	0.86%		
Trastornos de la conducta alimentaria	1	0.86%								
Otros prob. que pueden ser obj. De A. C.	2	1.73%	2	1.73%			1	0.86%	3	2.6%
T. de la Pd. por evitación / Rasgos evit.	2	1.73%					1	0.86%		
T. de la Pd. por depend. / Rasgos dep.	1	0.86%	1	0.86%			1	0.86%		
T. Obsesivo-Comp. de la Pd. / Rasgos obs.			4	3.47%	1	0.86%	1	0.86%		
T. Límite de la P. / Rasgos límites	5	4.34%	3	2.6%						
T. Histriónico de la Pd. / Rasgos hist.	1	0.86%								
T. Paranoide de la Pd. / Rasgos para.			1	0.86%						
T. de Personalidad no especificado			2	1.73%					1	0.86%
E. del Aparato Digestivo	1	0.86%								
E. del Sistema Circulatorio	1	0.86%								
E. Endocrinas, Nutr. y Metabólicas			2	1.73%					1	0.86%
E. de la Piel y del Tejido Celular Sub.							1	0.86%		
Problemas relativos a la enseñanza	1	0.86%					1	0.86%		
Problemas relativos al G. P. A.	5	4.34%	6	5.61%	1	0.86%	2	1.74%	1	0.86%
Problemas laborales	1	0.86%	2	1.73%						
Problemas económicos	1	0.86%	1	0.86%			1	0.86%		
Sin información	14	12.17%	7	6.08%	1	0.86%	5	4.34%	25	21.73%

Con respecto al Tipo de cierre y Diagnóstico, en los casos conocidos se observa que la muestra seleccionada tuvo un alto porcentaje de deserciones para los pacientes diagnosticados con Trastorno del Estado del Ánimo depresivo. El resto de los datos se distribuye uniformemente entre los casos de Deserción y cierres Mutuos. D. terap. es la abreviación para Del terapeuta, D. pac. es Del paciente y S. Inf. es Sin información¹³.

¹³ Estas abreviaciones se cumplen para todas las tablas de este apartado.

Tabla 58

Cruce Tipo de cierre y Motivo de consulta.

T. de cierre / M. de consulta	Deserción (T)	Deserción (%)	Mutuo (T)	Mutuo (%)	D. terap. (T)	D. terap. (%)	D. pac. (T)	D. pac. (%)	S. Inf. (T)	S. Inf. (%)
Sintomatología depresiva	6	5.21%	2	1.73%			2	1.73%	6	5.21%
Sintomatología ansiosa	8	6.95%	9	7.82%			5	4.34%	7	6.08%
Problemas familiares	5	4.34%	6	5.21%	1	0.86%	1	0.86%	7	6.08%
Problemas de pareja	11	9.56%	4	3.47%	1	0.86%			5	4.34%
Duelo			1	0.86%					2	1.73%
Enfermedad							2	1.73%		
Abuso sexual									1	0.86%
Rendimiento académico	5	4.34%								
Orientación vocacional	3	2.6%							2	1.73%
Baja autoestima-inseguridad	7	6.08%	2	1.73%	1	0.86%	1	0.86%	7	6.08%
Problemas sexuales	2	1.73%	2	1.73%			1	0.86%		
Trastornos alimentarios	2	1.73%	1	0.86%						
Descontrol de impulsos	3	2.6%	2	1.73%						
Funcionamiento obsesivo			2	1.73%					1	0.86%
Alteraciones del sueño			1	0.86%	1	0.86%	1	0.86%		
C. de alcohol y/u otras sust.	1	0.86%					1	0.86%		
Habilidades sociales	3	2.6%	2	1.73%			2	1.73%	6	5.21%
Fobia	1	0.86%	1	0.86%						
Autoconocimiento-Orient.	5	4.34%	1	0.86%			1	0.86%	3	2.6%
Contención/Sup. de trauma	2	1.73%	1	0.86%			1	0.86%	1	0.86%
Problemas laborales	1	0.86%	1	0.86%	1	0.86%			1	0.86%
Adicción al juego			1	0.86%						
Problemas de adaptación									1	0.86%
Término proceso psicoterap.									1	0.86%
Ánimo lábil	5	4.34%							2	1.73%
Sin información									1	0.86%

Respecto al Tipo de cierre y Motivo de consulta, se observa que dentro de los datos conocidos, la muestra presenta un mayor porcentaje de deserciones en pacientes con Problemas de pareja, seguido por la Baja autoestima-inseguridad. En el caso de la Sintomatología ansiosa, se observó en la muestra un mayor porcentaje de cierre Mutuo.

Tabla 59
Cruce Tipo de cierre y Número de sesiones.

Tipo de cierre / Número de sesiones	Total	Media	Porcentaje
Deserción	403	9.59	26.47%
Mutuo	392	15.68	25.75%
Del terapeuta	61	20.33	4%
Del paciente	211	17.58	13.86%
Sin información	452	13.69	29.69%

Al cruzar las categorías Tipo de cierre y Número de sesiones, se observa que en general las deserciones tuvieron un menor número de sesiones en comparación a los otros Tipos de cierre, siendo el Del Terapeuta el con mayor promedio.

Tabla 60
Cruce Género y Número de sesiones.

Género / Número de sesiones	Masculino	Femenino ^a
Total sesiones	668	854
Media	15.18	12.02
Porcentaje	43.88%	56.11%
Total sesiones 2009-2013: 1522		

En cuanto al Género y el Número de sesiones, los hombres presentan una media de sesiones levemente más alta que las mujeres.

^a Se debe considerar que el número total de mujeres fue mucho más alto.

Tabla 61
Cruce Género y Diagnósticos¹⁴.

Género / Diagnósticos	Masculino (T)	Masculino (%)	Masculino (% n)	Femenino (T)	Femenino (%)	Femenino (% n)
Trastorno Adaptativo	4	9.09%	3.47%	10	14.08%	8.69%
Trastorno de Ansiedad	4	9.09%	3.47%	11	15.49%	9.56%
Trastorno del Estado de Ánimo depresivo	11	25%	9.56%	8	11.26%	6.95%
Trastornos sexuales	1	2.27%	0.86%	1	1.4%	0.86%
Trastornos del sueño				1	1.4%	0.86%
Trastornos de la conducta alimentaria				1	1.4%	0.86%
Trastornos somatomorfos				1	1.4%	0.86%
Otros problemas que pueden ser obj. De A. C.	2	4.54%	1.73%	7	9.85%	6.08%
T. de la Pd. por evitación / Rasgos evitativos	2	4.54%	1.73%	1	1.4%	0.86%
T. de la Pd. por dependencia / Rasgos dep.				3	4.22%	2.6%
T. Obsesivo-Compulsivo de la Pd. / Rasgos obs.	2	4.54%	1.73%	3	4.22%	2.6%
T. Límite de la Pd. / Rasgos límites	4	9.09%	3.47%	4	5.63%	3.47%
T. Histriónico de la Pd. / Rasgos histriónicos				1	1.4%	0.86%
T. Paranoide de la Pd. / Rasgos paranoides	1	2.27%	0.86%			
T. de Pd. no especificado	2	4.54%	1.73%	1	1.4%	0.86%
E. del Aparato Digestivo				1	1.4%	0.86%
E. del Sistema Circulatorio				1	1.4%	0.86%
E. Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	1	2.27%	0.86%	3	4.22%	2.6%
E. de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo				1	1.4%	0.86%
Problemas relativos a la enseñanza	1	2.27%	0.86%	1	1.4%	0.86%
Problemas relativos al G.P.A.	7	15.9%	6.08%	7	9.85%	6.08%
Problemas laborales	1	2.27%	0.86%	2	2.81%	1.73%
Problemas económicos				3	4.22%	2.6%
Sin información	25	56.81%	21.73%	34	47.88%	29.56%

Al cruzar Género y Diagnósticos, se observa que el Diagnóstico más frecuente entre los hombres fue el Trastorno del Estado del Ánimo depresivo, seguido por los Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Esta tendencia se repite respecto del total de casos de la muestra. En las mujeres, los Diagnósticos más frecuentes fueron los Trastornos de ansiedad y Trastornos adaptativos, destacándose también el Trastorno del Estado del Ánimo depresivo. Respecto del total de casos de la muestra, se destacan los dos primeros trastornos.

¹⁴ La tabla Cruce Género y Diagnósticos presenta porcentajes respecto del total de hombres y mujeres de la muestra y luego los porcentajes respecto del total de casos recopilados.

Tabla 62
Cruce Género y Tratamiento farmacológico.

Género / T. Farmacológico	Sí (T)	Sí (%)	Sí (% n)	No (T)	No (%)	No (% n)	Sin infor. (T)	Sin infor. (%)	Sin infor. (% n)
Masculino	10	22.72%	8.69%	18	40.9%	15.65%	16	36.36%	13.91%
Femenino	18	25.35%	15.65%	38	53.52%	33.04%	15	21.12%	13.04%

En cuanto al Género y Tratamiento farmacológico, de los casos conocidos, las mujeres presentaron un mayor porcentaje de consumo de fármacos paralelo a la terapia.

Tabla 63
Cruce Género y Motivo de consulta¹⁵.

Género / Motivo de consulta	Masculino (T)	Masculino (%)	Masculino (% n)	Femenino (T)	Femenino (%)	Femenino (% n)
Sintomatología depresiva	7	15.9%	6.08%	8	11.26%	6.95%
Sintomatología ansiosa	9	20.45%	7.82%	20	28.16%	17.39%
Problemas familiares	5	11.36%	4.34%	15	21.12%	13.04%
Problemas de pareja	8	18.18%	6.95%	16	22.53%	13.91%
Duelo				2	2.81%	1.73%
Enfermedad				2	2.81%	1.73%
Abuso sexual				1	1.4%	0.86%
Rendimiento académico	1	2.27%	0.86%	1	1.4%	0.86%
Orientación vocacional				2	2.81%	1.73%
Baja autoestima-inseguridad	6	13.63%	5.21%	12	16.9%	10.43%
Problemas sexuales	4	9.09%	3.47%	4	5.63%	3.47%
Trastornos alimentarios				2	2.81%	1.73%
Descontrol de impulsos	3	6.81%	2.6%	1	1.4%	0.86%
Funcionamiento obsesivo				2	2.81%	1.73%
Alteraciones del sueño	2	4.54%	1.73%	1	1.4%	0.86%
Cons. de alcohol y/u otras sust.	2	4.54%	1.73%			
Habilidades sociales	5	11.36%	4.34%	10	14.08%	8.69%
Fobia				2	2.81%	1.73%
Autoconocimiento-Orientación	6	13.63%	5.21%	3	4.22%	2.6%
Contención/Sup. de trauma	4	9.09%	3.47%	2	2.81%	1.73%
Problemas laborales	1	2.27%	0.86%	3	4.22%	2.6%
Adicción al juego	1	2.27%	0.86%			
Problemas de adaptación	1	2.27%	0.86%			
Término proceso psicoterap.	1	2.27%	0.86%			
Ánimo lábil				7	9.85%	6.08%
Sin información				1	1.4%	0.86%

¹⁵ Las tablas Cruce Género y Tratamiento farmacológico y Cruce Género y Motivo de consulta presentan porcentajes respecto del total de hombres y mujeres de la muestra y luego los porcentajes respecto del total de casos recopilados.

En el caso del cruce de Género con Motivo de consulta, tanto hombres como mujeres, llegan a terapia en estos cinco años mayormente por Sintomatología ansiosa. En los hombres también resaltan los Problemas de pareja y la Sintomatología depresiva. En las mujeres, se destacan también los Problemas familiares y Problemas de pareja.

Tabla 64

Cruce Motivo de consulta y Número de sesiones.

Motivo de consulta / N° de sesiones	Media ^a
Sintomatología depresiva	12.5
Sintomatología ansiosa	14.68
Problemas familiares	11.19
Problemas de pareja	12.34
Duelo	6.66*
Enfermedad	11.5*
Abuso sexual	4*
Rendimiento académico	25.5*
Orientación vocacional	7
Baja autoestima-inseguridad	16.68
Problemas sexuales	12.71
Trastornos alimentarios	13.5*
Descontrol de impulsos	9
Funcionamiento obsesivo	14.5*
Alteraciones del sueño	13
Consumo de alcohol y/u otras sustancias	3.5
Habilidades sociales	14.5
Fobia	13*
Autoconocimiento-Orientación	22.33
Contención/Superación de trauma	20.66*
Problemas laborales	17*
Adicción al juego	7*
Problemas de adaptación	Sin información
Término proceso psicoterapéutico	22*
Ánimo lábil	7.14*
Sin información	40*

Respecto del Motivo de consulta y Número de sesiones, se observa que no existen diferencias importantes entre las problemáticas traídas por los pacientes y sus promedios

de sesiones. Aunque, de este cruce se destaca el Autoconocimiento-Orientación alcanzando una media de 22 sesiones.

^a Las cifras promedio que están marcadas con asteriscos, indican aquellas medias que no son significativas, puesto que existían muy pocos casos en dichos Motivos de consulta.

Tabla N° 65

Cruce Motivo de consulta e Interconsulta

M. de consulta / Interconsulta	Sí (T)	Sí (%)	No (T)	No (%)	Sin infor. (T)	Sin infor. (%)
Sintomatología depresiva	3	25%	6	17.64%	7	10.14%
Sintomatología ansiosa	5	41.66%	10	29.41%	14	20.28%
Problemas familiares	1	8.33%	7	20.58%	13	18.84%
Problemas de pareja	2	16.66%	7	20.58%	15	21.73%
Duelo					3	4.34%
Enfermedad	1	8.33%			1	1.44%
Abuso sexual					1	1.44%
Rendimiento académico			1	2.94%	1	1.44%
Orientación vocacional			3	8.82%	2	2.89%
Baja autoestima-inseguridad	1	8.33%	5	14.7%	12	17.39%
Problemas sexuales	1	8.33%	2	5.88%	5	7.24%
Trastornos alimentarios					2	2.89%
Descontrol de impulsos			3	8.82%	2	2.89%
Funcionamiento obsesivo					2	2.89%
Alteraciones del sueño	2	16.66%			1	1.44%
Cons. de alcohol y/u otras sust.					2	2.89%
Habilidades sociales	3	25%	1	2.94%	9	13.04%
Fobia	1	8.33%			2	2.89%
Autoconocimiento-Orientación			2	5.88%	7	7.24%
Contención/Sup. de trauma			1	2.94%	5	7.24%
Problemas laborales	1	8.33%			3	4.34%
Adicción al juego			1	2.94%		
Problemas de adaptación					1	1.44%
Término proceso psicoterap.					1	1.44%
Ánimo lábil	1	8.33%	1	2.94%	5	7.24%
Sin información			1	2.94%		

En relación al Motivo de consulta e Interconsulta, los resultados muestran que la Sintomatología ansiosa es la que presenta un mayor porcentaje de Interconsulta, seguida por la Sintomatología depresiva. No obstante, no existen diferencias importantes entre los

Motivos de consulta y su necesidad de derivación, debido a la distribución uniforme de los datos.

Tabla N° 66

Cruce Motivo de consulta y Tratamiento farmacológico.

M. de consulta / T. Farmacológico	Sí (T)	Sí (%)	No (T)	No (%)	Sin infor. (T)	Sin infor. (%)
Sintomatología depresiva	6	21.42%	6	10.71%	4	12.9%
Sintomatología ansiosa	8	28.57%	14	25%	7	22.58%
Problemas familiares	2	7.14%	14	25%	4	12.9%
Problemas de pareja	5	17.85%	12	21.42%	6	19.35%
Duelo	2	7.14%			1	3.22%
Enfermedad	1	3.57%			1	3.22%
Abuso sexual			1	1.78%		
Rendimiento académico					2	6.45%
Orientación vocacional	1	3.57%	4	7.14%		
Baja autoestima-inseguridad	4	14.28%	13	23.21%	2	6.45%
Problemas sexuales			6	10.71%	1	3.22%
Trastornos alimentarios			1	1.78%	1	3.22%
Descontrol de impulsos	1	3.57%	3	5.35%	1	3.22%
Funcionamiento obsesivo	1	3.57%	1	1.78%		
Alteraciones del sueño	1	3.57%	1	1.78%	1	3.22%
Cons. de alcohol y/u otras sust.			1	1.78%	1	3.22%
Habilidades sociales	3	10.71%	8	14.28%	2	6.45%
Fobia	3	10.71%				
Autoconocimiento-Orientación	1	3.57%	3	5.35%	5	16.12%
Contención/Sup. de trauma			2	3.57%	4	12.9%
Problemas laborales	1	3.57%	1	1.78%	2	6.45%
Adicción al juego			1	1.78%		
Problemas de adaptación					1	3.22%
Término proceso psicoterap.					1	3.22%
Ánimo lábil	2	7.14%	5	8.92%		
Sin información	1	3.57%				

En cuanto al cruce de Motivo de consulta y Tratamiento farmacológico, se aprecia que la Sintomatología ansiosa presentó mayor porcentaje de casos que estaban en farmacoterapia, seguido de la Sintomatología depresiva y los Problemas de pareja.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación trató sobre la descripción estadística de la gestión administrativa del terapeuta Constructivista Cognitivo y las características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos en la Clínica de Atención Psicológica CAPs durante los últimos cinco años. Ésta se realizó en base a la revisión y registro de fichas de pacientes, cuyos datos fueron organizados en 8 grandes categorías. Así, la muestra seleccionada quedó constituida por 115 casos que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación y las necesidades de la misma.

En relación al proceso investigativo, se puede plantear el cumplimiento de los objetivos propuestos, los cuales buscaban, por un lado, conocer el estado de la gestión administrativa de los terapeutas, y por otro, las características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos entre los años 2009 y 2013. Este estudio permitió evaluar el cumplimiento de funciones institucionales por parte de los psicólogos Constructivistas Cognitivos, pero además, encontrar aspectos a perfeccionar en los documentos utilizados por el CAPs, como por ejemplo las fichas de ingreso, de evolución y las epicrisis.

De la misma manera, el estudio permitió realizar un catastro de las principales problemáticas y patologías presentes en los casos atendidos por los psicólogos del enfoque en el CAPs durante el período estudiado y también los resultados obtenidos tras las psicoterapias.

De acuerdo con los objetivos del trabajo, se pueden desprender las siguientes conclusiones:

Con respecto a la *gestión administrativa de los terapeutas* del modelo durante los años revisados en esta investigación, se puede señalar que existe un gran porcentaje de información no reportada tanto en las fichas de ingreso, como en las de evolución y epicrisis, en relación a aspectos fundamentales del proceso psicoterapéutico, como los son: Diagnósticos en base a DSM-IV, necesidad de Interconsulta y presencia de Epicrisis completa.

Al revisar el análisis por año de esta variable, se observó que en el caso del Número de sesiones, no hubo diferencias marcadas en la cantidad de información

reportada, siendo ésta alta en todos los años (superior al 90%). Sobre los Motivos de consulta, se apreció que esta categoría fue reportada casi en su totalidad en el período estudiado. En cuanto a los Diagnósticos, desde el 2011 en adelante aumenta la cantidad de reporte, siendo ésta muy baja en los años 2009 y 2010. Con respecto al Tipo de cierre, se observó un aumento progresivo en el reporte de esta categoría, siendo siempre superior a la mitad de los casos registrados por año. Lo mismo se apreció en Interconsulta. En relación al Tratamiento farmacológico, siempre fue mayor a la mitad de los casos registrados por año, exceptuando el 2010, en donde se observó una leve baja en el reporte.

En cuanto a las categorías en general y como principal limitación de la investigación, se puede mencionar que esta gran falta de información reportada, complicó la realización de los cálculos estadísticos, su interpretación y la obtención de conclusiones válidas, dado que en algunas ocasiones, varias subcategorías carecían de casos suficientes. Así, las descripciones y estimaciones que pretendió realizar el trabajo no siempre pudieron abarcar a toda la muestra, sino que sólo al del porcentaje de casos conocidos, lo cual redujo la precisión y alcances de los resultados.

Respecto de esto último, cabe señalar que tan sólo el 45.21% de los casos revisados presentaban Epicrisis, sin embargo esto no indica que el documento haya estado completo, de hecho existe un 33.04% que no tenía toda la información requerida. Siendo el porcentaje de Epicrisis completas muy inferior al de los dos primeros casos (12.17%). Esta fue la tendencia durante los cinco años revisados.

Lo anterior representó, como se dijo, una grave dificultad a la hora de recopilar la información necesaria para satisfacer los objetivos de la investigación. Además, esto podría generar un problema para aquellos pacientes que requieran del CAPs, algún tipo de informe respecto de sus propios procesos psicoterapéuticos, dada la escasez de datos. Además, estos vacíos de información podrían complicar la comunicación entre distintos profesionales en salud mental, por ejemplo en una derivación a psiquiatra. Del mismo modo, afectaría el nivel de conocimiento de un terapeuta que recibe a un paciente que ya ha tenido psicoterapia antes en el mismo centro y cuyos documentos anteriores se encuentran vaga e insuficientemente completados. Demás está señalar, las repercusiones que esto podría tener para futuras investigaciones similares a la presente, que impliquen la recolección de datos a partir de las fichas.

Como se estipula, la Clínica de Atención Psicológica se plantea como un centro científico y profesional propuesto para la formación académica, por lo que la presencia de fuentes de información de calidad para la realización de evaluaciones e investigaciones resulta indispensable. Por ello, tanto las fichas de ingreso, como las epicrisis, debiesen estar completas y ser de fácil acceso para los investigadores, puesto que son las herramientas más importantes en un estudio estadístico. En este punto se observó como otra limitación del estudio, la existencia de un número importante de fichas perdidas, pues de acuerdo a la nómina de pacientes atendidos en el CAPs, hubo más casos (pertenecientes al modelo) de los que se pudo registrar. Es importante considerar que el no cumplimiento de la labor administrativa, es decir, la completación de fichas de ingreso, de evolución y epicrisis, implica una transgresión de las normas establecidas por el encuadre institucional y específico del CAPs, lo cual de mantenerse en el tiempo, podría significar incluso la suspensión de la autorización para trabajar en la clínica (CAPs, s.f.).

En la misma línea, resulta fundamental conocer los Diagnósticos de los casos atendidos, ya que son una buena fuente de información sintetizada acerca de lo que le sucede al paciente y facilitan la comunicación entre los profesionales de la salud mental que operan en el CAPs. Además, como se mencionó en el marco teórico, los Diagnósticos forman parte de las variables específicas del Encuadre, por lo que tienen un papel fundamental a la hora de regular la relación entre paciente y terapeuta. Acerca de las variaciones en los porcentajes de reporte de esta categoría durante los años, es posible hipotetizar que esto ocurre debido a cambios que son independientes del manejo organizacional del CAPs, como por ejemplo, las características personales de los terapeutas que llegan año a año (grado de compromiso con la labor administrativa del centro, nivel de conocimientos respecto de los Diagnósticos del DSM-IV, etc.). Lo anterior también podría aplicarse para comprender las variaciones en los niveles de reporte de información en todas las demás categorías.

Del total de casos, solamente el 46.84% tenía Diagnóstico reportado y un 53.9% no lo tenía, de este último porcentaje, no es posible precisar si la ausencia de Diagnóstico se debió a que el terapeuta tratante estimó que éste no existía (lo cual es improbable) o a la falta de psicodiagnóstico por parte del mismo. La falta de claridad en esta categoría, también revela la necesidad de aumentar la precisión con que se hace el registro de este ítem en la ficha de ingreso y/o epicrisis.

Por la misma razón, la información relativa a las Interconsultas es esencial para determinar con qué frecuencia es necesario realizar derivaciones y a qué tipo de profesionales. Sobre este último punto, el estudio permitió reconocer que dicha especificación no suele ser registrada en las fichas o epicrisis, de modo tal que no es posible saber en la totalidad de los casos a qué disciplina se derivó al paciente. En esta categoría, sólo el 40% de los casos fueron reportados.

Con respecto a las *características clínicas y sociodemográficas de los casos atendidos* en el período estudiado, se observó que en algunas de las categorías revisadas, no fue posible obtener resultados significativos cuantitativamente hablando, debido a lo antes mencionado: la insuficiencia de casos, de información reportada y/o pérdida de fichas. Sin embargo, aun así se pudieron obtener resultados significativos en términos cualitativos para una descripción global de los casos y sus características clínicas y sociodemográficas. Dicha información, podrá influir en la formación y supervisión que reciban los terapeutas del CAPs, al abordar temáticas que son importantes para el trabajo psicoterapéutico, preparándolos en función de las características de los pacientes atendidos por el modelo.

Al revisar el análisis por año, se observó que la media de sesiones en el 2009 y el 2010 fue alta (superior a 16 sesiones), puesto que en dichos años se registraron casos cuyas terapias comenzaron en años anteriores. En el 2013, la media obtenida no fue válida debido al número reducido de casos registrados. Las cifras obtenidas en las demás categorías también se relativizan por el mismo motivo. Respecto del Género, la mayoría de casos fueron femeninos, lo cual se dio en todos los años. En relación al Motivo de consulta, se encontró que las quejas traídas por los pacientes variaron bastante durante los años, presentando la Sintomatología ansiosa una constante mayoría en los casos. En cuanto a los Diagnósticos, se encontró que éstos también varían bastante de un año a otro. En el caso de las Interconsultas, se observó que en general la cantidad de pacientes derivados es menor a los que no lo son, tendencia que se apreció durante todos los años.

Revisando el análisis de los resultados globales, se puede indicar que la duración de las terapias Constructivistas Cognitivas en el período investigado, en promedio alcanzaron las 13 sesiones. Según los análisis, no hubo una diferencia significativa entre hombres y mujeres en este aspecto, aunque en los hombres esta media fue levemente superior. Cuando esta variable se cruzó con Tipo de cierre, se encontró que en general las

deserciones presentaron una menor cantidad de sesiones en relación a los otros Tipos de cierre. Esto resulta ser esperable, pues sería difícil que se produjera una deserción en terapias de mayor duración, dado que en éstas el vínculo con el terapeuta suele estar más consolidado y el paciente podría llegar a tener una mayor sensación de progreso en la terapia. Y sobre los Motivos de consulta, se pudo observar que el Autoconocimiento-Orientación tuvo una media mayor de sesiones que el resto de motivos, los cuales obtuvieron promedios similares. Al parecer este Motivo de consulta tiende a tener terapias de larga duración, porque en ellas incidiría la existencia de un mayor interés por parte del paciente a continuar con el proceso, y así aumentar los niveles de autoconsciencia, objetivo base de esta problemática. En otras palabras, el nivel de motivación intrínseca en esta queja podría ser mucho mayor al de los demás motivos de consulta, a diferencia, por ejemplo, del Consumo de alcohol y/u otras sustancias, en el que se observa la media más baja de sesiones, probablemente asociada con un nivel inferior de este tipo de motivación (varios de estos casos reportaban el iniciar terapia por “obligación” o ante la presión ejercida por terceros).

En lo que se refiere al Género de los pacientes, se encontró que la mayoría de los casos registrados fueron mujeres, con un 61.73% del total de la muestra, mientras que los hombres fueron un 38.26%. Al cruzar esta categoría con Tipo de cierre, se encontró que las mujeres presentaban un mayor porcentaje de deserción que los hombres. Los Diagnósticos más comunes en los casos femeninos fueron los Trastornos de ansiedad y Trastornos adaptativos, mientras que en los casos masculinos fueron los Trastornos del Estado del Ánimo depresivo y los Problemas relativos al grupo primario de apoyo. En cuanto a la relación entre Género y Tratamiento farmacológico, hubo un mayor porcentaje de mujeres que estaban en farmacoterapia.

Las problemáticas más comunes traídas por los pacientes fueron la Sintomatología ansiosa, los Problemas de pareja, Problemas familiares, Baja autoestima e inseguridad y Sintomatología depresiva. En las mujeres, prevalecieron los Problemas familiares y de pareja y en hombres predominaron los Problemas de pareja y la Sintomatología depresiva. Respecto de los Problemas de pareja y los Problemas familiares, se debe indicar que estaban en general acompañados de otros Motivos de consulta y además, se atendieron en su totalidad a través de terapias individuales. Es interesante reconocer que el modelo Constructivista Cognitivo que usualmente se asocia a problemáticas de carácter individual, como las relativas a los procesos mentales o distorsiones cognitivas, atiende una gama

más amplia de Motivos de consulta, incluyendo aquellos de tipo relacional y afectivo, lo cual pudo observarse a través de los datos obtenidos. No obstante, al revisar los resultados del cruce de esta categoría con el Tipo de cierre, se apreció que son los Problemas de pareja los que más porcentaje de Deserción presentaron. Lo anterior representa un punto que es propicio de ser estudiado en profundidad. El Motivo de consulta que más derivación tuvo fue la Sintomatología ansiosa, la cual además tuvo un mayor porcentaje de Tratamiento farmacológico, esto podría entenderse considerando que la disminución de síntomas ansiosos usualmente se puede convertir en un objetivo central en el tratamiento, dado que éstos podrían llegar a ser disruptivos para la vida cotidiana del paciente e inclusive para la terapia.

Acercas de los Tipos de cierre considerados en la investigación, las deserciones tuvieron un mayor porcentaje con un 51.21%, es decir que más de la mitad de las terapias en los casos conocidos terminaron en abandono, lo cual se repite en todos los años revisados. En esta categoría, las mujeres presentaron un número mayor de deserciones que los hombres, sin embargo se debe considerar que el número de casos femeninos fue mayor a la cantidad de hombres. En cuanto al Tratamiento farmacológico, se puede decir que la mayoría de los casos no tuvo farmacoterapia independiente del Tipo de cierre, lo cual se mantuvo en todos los años revisados. Sin embargo, a partir del total de casos, se obtuvo un alto porcentaje de pacientes sin Tratamiento farmacológico que desertaron. Sobre esto, se podría inferir que probablemente los fármacos tengan una influencia sobre el nivel de adherencia de los pacientes a sus terapias. Aunque, también se podría pensar que la remisión de síntomas producto de la farmacoterapia, influya en la decisión de abandonar. Al cruzar esta categoría con Diagnóstico, se observó que los pacientes con Trastorno del Estado del Ánimo depresivo desertaron más, lo cual está posiblemente relacionado con las características propias de estos pacientes y sus síntomas más notorios, como por ejemplo la desmotivación, anhedonia, estado de ánimo bajo, dificultades para mantener vínculos, etc., lo cual podría estar afectando la adherencia a las terapias. En el caso de los Motivos de consulta, los Problemas de pareja y Baja autoestima-inseguridad tuvieron un mayor porcentaje de deserción.

De acuerdo a otro de los objetivos planteados, la investigación permitió *generar información para realizar recomendaciones* en torno al trabajo administrativo de los psicólogos y así proponer ajustes en el modo de registrar los datos referentes a los

pacientes y al tipo de información que sería útil reportar. Dichas sugerencias se detallarán en los siguientes párrafos.

Ahora bien, en función de lo ya dicho, es de suma importancia que los terapeutas sean mucho más conscientes de la relevancia que tiene la labor administrativa dentro del trabajo del psicólogo. En ese sentido, debiesen ser más exhaustivos en la completación de las fichas y epicrisis. Junto con eso, sería conveniente que los supervisores también se encargaran de revisar que sus terapeutas estén cumpliendo con estas labores.

En relación a las fichas, sería de gran utilidad pesquisar información más detallada acerca de los pacientes, como por ejemplo su situación socioeconómica, para poder saber si existe alguna relación entre este ámbito y la cantidad de deserciones. Sobre lo mismo, es importante especificar en la ficha de forma más minuciosa, el motivo del término de una terapia, vale decir, conocer las motivaciones que impulsan al paciente y/o al terapeuta a cerrar el proceso. En cuanto a la postura del equipo de psicólogos Constructivistas Cognitivos, los resultados referentes al Tipo de cierre debiesen generar una preocupación que impulse el estudio y evaluación de los posibles factores que podrían estar incidiendo en la alta cantidad de deserciones registradas en este período. Ante esta interrogante, un dato que actualmente tampoco se considera en las fichas de ingreso y/o epicrisis y que podría dar algunas luces sobre las cifras halladas en el Tipo de cierre, es lo relativo al origen del deseo de consultar por psicoterapia, es decir, si el paciente acude por iniciativa propia o por recomendación de un tercero.

Un ítem que podría incluirse en las epicrisis, es un apartado dedicado a la evaluación del logro de metas y objetivos fijados junto al paciente en la devolución. En este espacio, el terapeuta podría señalar si a su juicio se lograron avances importantes durante la terapia, como por ejemplo, remisión de síntomas, sensación de bienestar, etc., pero por sobre todo, evaluar si existieron cambios superficiales o también cambios profundos. Esta sería una forma apropiada de apreciar la efectividad y nivel de profundidad de la terapia.

Acerca de la Interconsulta, se debiese especificar claramente a qué tipo de profesional fue derivado el paciente, ya sea a psiquiatra, neurólogo y otros, para que el resto de los miembros de la institución y posibles investigadores, estén al tanto del tratamiento e intervenciones que siguen los pacientes. El nivel de imprecisión en el reporte de esta categoría se constituyó también como una limitación importante de la

investigación, dado que no se pudieron interpretar en mayor profundidad los datos referentes a las derivaciones, como por ejemplo, con qué Motivo de consulta o Diagnóstico éstas se asociaban más y porqué.

Otra recomendación a señalar, es que las fichas y epicrisis podrían incluir información acerca de los terapeutas tratantes, como por ejemplo, su grado académico (si son practicantes, estudiantes de diplomados u otros postgrados), así como también sus años de experiencia clínica, para así facilitar posibles investigaciones que pretendan estudiar estos aspectos y su relación con la psicoterapia.

Aludiendo a todas las recomendaciones aquí planteadas, es que se propone la elaboración de una ficha enfocada al modelo Constructivista Cognitivo, que contenga como ítems a completar, aquellos conceptos, técnicas e intervenciones propias de dicho enfoque, las que por ahora no cuentan con un registro escrito, por lo que sólo pueden conocerse y evaluarse por medio de las supervisiones.

Para finalizar, se mencionan posibles *proyecciones de la presente investigación*. En primer lugar, sería interesante extender los objetivos de este estudio a los otros tres modelos presentes en el CAPs y también al Área Infanto-Juvenil. Esto, con el propósito de conocer cómo se comportan estos enfoques; describir la labor administrativa de sus terapeutas y las características de los pacientes que éstos atienden. Asimismo, el objetivo más importante dice relación con realizar una comparación entre los distintos modelos, en cuanto a las categorías aquí estudiadas, y con ello por ejemplo, poder determinar si la cantidad de deserciones o altas terapéuticas tiende a ser similar en los cuatro enfoques o existen diferencias significativas entre ellos y con qué variables se podrían asociar dichas diferencias. O también, qué orientación presenta la mayor media de sesiones y qué Diagnósticos son más comunes en cada modelo. Referente a la labor administrativa, sería posible reconocer qué enfoque tiene un mayor porcentaje de reporte de información y epicrisis completas y cuales presentan deficiencias en estas áreas.

En relación a lo anterior, si se pudiera replicar esta investigación contando con una mayor cantidad de casos, tanto atendidos por el modelo Constructivista Cognitivo, como por el CAPs en general, se podría realizar un estudio que permita hacer inferencias respecto de la población completa de pacientes del centro y así reconocer si ciertas variables (Tipos de cierre, Número de sesiones, Diagnósticos, etc.) se vinculan al modo

en que se aplica cada enfoque o corresponden a características propias de la población que acude a este clínica (o ambas).

Se propone a futuro la posibilidad de realizar otro estudio que sea capaz de visibilizar cómo se aterrizan en la práctica terapéutica los principios fundamentales y aspectos formales del Constructivismo Cognitivo, ya que esto no fue posible por medio de las categorías formuladas en este trabajo, pero tampoco en base a las herramientas y fuentes de información disponibles. Para esto, sería útil detallar en las fichas los aspectos procedurales de la terapia, por ejemplo el cómo y cuándo se manifestó el encuadre y la devolución o el momento en el que se inicia la terapia propiamente tal. Sobre lo mismo, el psicólogo podría indicar en las fichas de evolución, el uso de técnicas e intervenciones, su justificación y sus resultados, cuestión que actualmente no se hace. Sin embargo, para hacer una más profunda evaluación del modo en que estas técnicas e intervenciones son ejecutadas por el terapeuta, quizá la forma más efectiva de hacerlo es por medio de la supervisión y revisión de sesiones tras espejo.

Otra propuesta de objeto a estudiar, dice relación con la influencia que tiene la alianza terapéutica en la forma en que finaliza un tratamiento. Es por ello, que precisar en las fichas las motivaciones que tiene tanto paciente como terapeuta para terminar una terapia, se vuelve tan relevante. Sería apropiado para este propósito incluir en las fichas o epicrisis un ítem en el que el psicólogo pueda evaluar su relación con el paciente y argumentar si a su juicio se pudo construir o no alianza terapéutica.

Respecto de un concepto específico abordado en este estudio, el género, se puede señalar que se observaron marcadas diferencias en relación a esta variable al ser cruzada con todas las demás. Esta es quizá la categoría más compleja y amplia de las recabadas en el registro, motivo por el cual sería interesante poder estudiar las diferencias de género observadas por categoría en otra investigación, la que sin duda, debería incorporar en su foco de análisis, cuestiones asociadas a factores sociales, culturales, históricos e incluso políticos que atraviesan este objeto de estudio y que para esta ocasión excedían los objetivos y alcances de la presente exploración.

A pesar de tratarse de una investigación de carácter contextual, al responder fielmente a las características y condiciones de trabajo del CAPs, los investigadores consideran de suma importancia el evaluar la aplicación de estudios similares a este en otros centros de atención psicológica. En relación a las *características clínicas* y

sociodemográficas es posible asumir la utilidad de su revisión para cualquier otro centro dedicado a la salud mental, dado que ésta permite una aproximación cuantitativa a los principales rasgos de la población que recibe tratamiento (sus motivos de consulta, variedad de síntomas y/o patologías, cifras en los tipos de cierre, etc.), lo cual facilita la preparación y formación de todos los psicólogos que operen en dichos centros. Sin embargo, en el caso particular de la *gestión administrativa de los terapeutas*, al tratarse de una variable dependiente de las características personales del psicólogo y las condiciones laborales en las que éste se desenvuelve, resulta necesario poder analizar no sólo el cumplimiento de las funciones administrativas e institucionales, sino que también, aquellos factores propios de la institución (inclusive del sector al que pertenezca el centro, como por ejemplo el sistema público y privado), que podrían estar afectando de manera importante no sólo la realización de dichas labores, sino que también la salud mental de los terapeutas y la calidad de la psicoterapia, lo cual hace de estos dos últimos puntos, elementos mucho más prioritarios a estudiar.

Por último, se propone realizar un estudio que observe el proceso de ingreso de un paciente al CAPs hasta su derivación a un modelo en particular, para medir cuánto demora este período y saber cuántos de estos pacientes terminan efectivamente en psicoterapia, dado que es posible deducir que un número importante de ellos desisten de acudir al CAPs incluso antes de tener su entrevista de ingreso, por el prolongado tiempo que deben pasar en lista de espera antes de recibir la confirmación de sus horas de atención.

REFERENCIAS

- CAPs, s.f. Clínica de Atención Psicológica – Universidad de Chile. Extraído el 10 de Septiembre de 2014 desde <http://www.facso.uchile.cl/psicologia/caps/>
- Chacón, H. (2010). *El Terapeuta como Perturbador Estratégicamente Orientado*. Extracto de tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile, Santiago.
- Cortés, S. & Kusanovic, J. (2002). *Estado actual de la psicoterapia cognitiva en el centro de psicología aplicada (CAPS) de la Universidad de Chile*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Santiago, Universidad de Chile.
- Duarte, J. (2012). *La psicoterapia constructivista cognitiva: Aportes desde la intersubjetividad para la comprensión de la identidad narrativa*. Tesis para optar al grado de magíster. Santiago, Universidad de Chile.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona, España: Ed. Paidós.
- Vargas, A. (1995). *Estadística descriptiva e inferencial*. Castilla-La Mancha, España: Editorial Ciencia y técnica.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001): Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la psicoterapia. *Revista de Psicología*, año/vol. X, número 001, Universidad de Chile. pp. 97-110.
- Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Departamento de Psicología, Programa de Doctorado en Psicología, Universidad de Chile, Santiago.

ANEXOS

1. Base de datos año 2009

N°	Motivo de consulta
1	Sintomatología ansiosa
2	Sintomatología depresiva
3	Problemas familiares, Sintomatología ansiosa
4	Sintomatología depresiva
5	Sintomatología ansiosa, Baja autoestima-inseguridad, Problemas de pareja
6	Problemas de pareja
7	Ánimo lábil, Problemas familiares
8	Baja autoestima-inseguridad, Orientación vocacional, Habilidades sociales, Problemas sexuales
9	Baja autoestima-inseguridad, Habilidades sociales
10	Sintomatología depresiva
11	Problemas de pareja
12	Problemas de pareja, Sintomatología depresiva
13	Problemas familiares, Problemas de pareja, Habilidades sociales
14	Problemas de pareja
15	Autoconocimiento-Orientación
16	Problemas familiares
17	Problemas de pareja
18	Contención/Superación de trauma
19	Sintomatología ansiosa, Habilidades sociales
20	Autoconocimiento-Orientación, Contención/Superación de trauma
21	Problemas de pareja, Problemas laborales, Alteraciones del sueño
22	Sintomatología depresiva
23	Rendimiento académico, Problemas de pareja
24	Autoconocimiento-Orientación
25	Sintomatología ansiosa, Alteraciones del sueño
26	Sintomatología ansiosa, Problemas familiares, Habilidades sociales
27	Sintomatología depresiva, Problemas de pareja
28	Sintomatología depresiva
29	Trastorno alimentario
30	Contención/Superación de trauma, Consumo de alcohol y/u otras sustancias, Habilidades sociales

N°	Año	Fecha primera sesión	Número de sesiones	Fecha última sesión	Tipo de cierre
1	2009	08-03-2000	67	(06-06-2009)	Sin información
2	2009	21-08-2009	9	11-12-2009	Del paciente
3	2009	01-08-2009	17	30-12-2009	Mutuo
4	2009	21-08-2008	23	10-07-2009	Deserción
5	2009	27-04-2009	12	09-12-2009	Deserción
6	2009	26-08-2009	1	26-08-2009	Deserción
7	2009	29-05-2009	1	29-05-2009	Deserción
8	2009	18-05-2009	5	20-07-2009	Sin información
9	2009	27-11-2009	5	13-01-2010	Deserción
10	2009	07-11-2009	6	09-01-2010	Deserción
11	2009	15-05-2009	12	22-01-2010	Deserción
12	2009	02-10-2009	9	26-03-2010	Mutuo
13	2009	05-11-2009	8	22-12-2009	Sin información
14	2009	31-07-2009	17	18-12-2009	Sin información
15	2009	22-04-2009	29	04-01-2010	Mutuo
16	2009	07-10-2009	9		Mutuo
17	2009	27-10-2009	15	11-01-2010	Mutuo
18	2009	11-05-2007	34	24-07-2009	Sin información
19	2009	28-03-2009	50	25-05-2010	Sin información
20	2009	02-07-2008	36	09-12-2009	Deserción
21	2009	27-05-2009	26	27-05-2010	Del terapeuta
22	2009	23-11-2009	11	25-01-2010	Sin información
23	2009	02-10-2008	50	12-06-2010	Deserción
24	2009	15-07-2009	10	07-09-2009	Sin información
25	2009	28-09-2009	8	18-12-2009	Mutuo
26	2009	16-11-2009	2	23-11-2009	Del paciente
27	2009	02-10-2009	10	22-01-2010	Sin información
28	2009	21-04-2009	15	03-11-2009	Sin información
29	2009	02-06-2009	2	16-06-2009	Deserción
30	2009	04-11-2009	6	23-12-2009	Del paciente

N°	Diagnóstico
1	Sin información
2	Sin información
3	Eje I: Trastorno de angustia S.A., Eje II: Trastorno de Pd. N.E., Rasgos límites, Rasgos paranoides, Eje IV: P. relativos al G.P.A.
4	Sin información
5	Sin información
6	Sin información
7	Sin información
8	Sin información
9	Sin información
10	Sin información
11	Eje I: Trastorno de angustia con agorafobia, Eje II: Trastorno límite de la personalidad
12	Sin información
13	Sin información
14	Sin información
15	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo mayor
16	Eje II: Trastorno de personalidad no especificado, Eje IV: Problemas económicos
17	Sin información
18	Sin información
19	Eje I: Trastorno de ansiedad: Fobia social
20	Sin información
21	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo mayor
22	Sin información
23	Eje I: Trastorno del E. del Á.: Trastorno depresivo mayor, Otros problemas: P. conyugales, Eje IV: P. laborales, P. relativos a la enseñanza
24	Sin información
25	Eje I: Trastorno adaptativo, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
26	Sin información
27	Sin información
28	Sin información
29	Sin información
30	Sin información

N°	Género	Epicrisis	Interconsulta	Tratamiento farmacológico
1	masculino	no	Sin información	Sin información
2	femenino	sí, incompleta	no	Sin información
3	masculino	sí, incompleta	sí	sí
4	femenino	no	Sin información	sí
5	femenino	sí, incompleta	no	no
6	masculino	no	Sin información	Sin información
7	femenino	no	Sin información	no
8	femenino	no	Sin información	no
9	femenino	no	Sin información	no
10	femenino	no	Sin información	no
11	femenino	sí, completa	sí	sí
12	femenino	sí, incompleta	no	Sin información
13	femenino	no	Sin información	no
14	masculino	no	Sin información	Sin información
15	femenino	sí, incompleta	Sin información	no
16	femenino	sí, incompleta	no	no
17	femenino	no	Sin información	sí
18	masculino	no	Sin información	Sin información
19	femenino	no	sí	sí
20	masculino	no	Sin información	Sin información
21	masculino	sí, incompleta	sí	sí
22	masculino	no	sí	sí
23	femenino	sí, incompleta	no	Sin información
24	masculino	no	Sin información	Sin información
25	femenino	sí, incompleta	Sin información	no
26	femenino	no	Sin información	Sin información
27	femenino	no	Sin información	sí
28	femenino	no	Sin información	no
29	femenino	sí, incompleta	Sin información	Sin información
30	masculino	no	Sin información	no

2. Base de datos año 2010

N°	Motivo de consulta
1	Problemas familiares, Baja autoestima-inseguridad, Sintomatología depresiva, Autoconocimiento-Orientación
2	Funcionamiento obsesivo
3	Contención/Superación de trauma, Autoconocimiento-Orientación
4	Descontrol de impulsos
5	Baja autoestima-inseguridad, Sintomatología ansiosa
6	Orientación vocacional
7	Problemas sexuales
8	Problemas familiares
9	Sintomatología ansiosa
10	Orientación vocacional
11	Problemas de pareja, Sintomatología ansiosa
12	Consumo de alcohol y/u otras sustancias
13	Baja autoestima-inseguridad
14	Ánimo lábil, Baja autoestima-inseguridad
15	Sintomatología ansiosa, Contención/Superación de trauma
16	Problemas familiares
17	Problemas laborales, Habilidades sociales, Baja autoestima-inseguridad
18	Sintomatología depresiva, Alteraciones del sueño
19	Problemas familiares, Problemas laborales, Baja autoestima-inseguridad

N°	Año	Fecha primera sesión	N° de sesiones	Fecha última sesión	Tipo de cierre
1	2010	24-04-2009	43	20-11-2011	Sin información
2	2010	22-10-2009	21	02-06-2010	Sin información
3	2010	03-08-2010	8	07-06-2011	Deserción
4	2010	12-05-2010	26	01-04-2011	Mutuo
5	2010	03-05-2010	39	17-05-2011	Del paciente
6	2010	03-12-2009	19	30-07-2010	Del paciente
7	2010	29-04-2010	7	08-06-2010	Sin información
8	2010	10-05-2010	2	17-05-2010	Deserción
9	2010	09-11-2009	24	02-06-2010	Sin información
10	2010	19-07-2010	1	19-07-2010	Deserción
11	2010	01-09-2009	33	19-01-2011	Mutuo
12	2010	10-06-2010	1	10-06-2010	Deserción
13	2010	08-05-2009	42	11-11-2010	Del paciente
14	2010	03-09-2010	6	22-10-2010	Deserción
15	2010	14-05-2010	23	03-12-2010	Mutuo
16	2010	05-05-2010	8	30-06-2010	Sin información
17	2010	21-08-2009	29	15-06-2010	Sin información
18	2010	16-10-2010	5	04-12-2010	Del paciente
19	2010	17-08-2009	11	17-11-2010	Mutuo

N°	Diagnóstico
1	Sin información
2	Sin información
3	Sin información
4	Sin información
5	Eje I: Trastorno de ansiedad generalizado, Eje II: Rasgos obsesivos, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
6	Sin información
7	Sin información
8	Sin información
9	Sin información
10	Eje I: Trastorno sexual, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
11	Eje I: Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Problemas de relación: Problemas conyugales
12	Sin información
13	Eje I: Trastorno de ansiedad: Fobia social, Eje II: Rasgos evitativos, Rasgos dependientes
14	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo mayor
15	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo mayor, Eje II: Trastorno límite de la personalidad
16	Sin información
17	Sin información
18	Eje I: T. del E. del Ánimo: Trastorno depresivo mayor, Eje IV: Problemas relativos al G. P. A., Problemas relativos a la enseñanza
19	Sin información

N°	Género	Interconsulta	Tratamiento farmacológico
1	masculino	no	sí
2	femenino	Sin información	sí
3	femenino	Sin información	no
4	masculino	Sin información	Sin información
5	masculino	Sin información	no
6	masculino	no	no
7	masculino	Sin información	Sin información
8	femenino	Sin información	Sin información
9	femenino	Sin información	Sin información
10	masculino	no	no
11	femenino	no	no
12	masculino	Sin información	Sin información
13	femenino	no	no
14	femenino	sí	sí
15	femenino	no	Sin información
16	femenino	Sin información	Sin información
17	femenino	Sin información	Sin información
18	masculino	sí	Sin información
19	femenino	Sin información	Sin información

3. Base de datos año 2011

N°	Motivo de consulta
1	Autoconocimiento-Orientación, Problemas sexuales
2	Sin información
3	Fobia
4	Sintomatología ansiosa, Contención/Superación de trauma
5	Sintomatología depresiva, Habilidades sociales
6	Sintomatología ansiosa, Enfermedad
7	Duelo, Problemas de pareja, Ánimo lábil
8	Problemas sexuales
9	Problemas familiares
10	Sintomatología depresiva
11	Problemas de pareja, Problemas familiares, Sintomatología ansiosa
12	Problemas de pareja, Problemas familiares
13	Sintomatología depresiva
14	Problemas de pareja, Problemas sexuales, Baja autoestima-inseguridad, Habilidades sociales
15	Sintomatología ansiosa
16	Sintomatología ansiosa
17	Baja autoestima-inseguridad, Ánimo lábil, Trastorno alimentario
18	Problemas familiares
19	Problemas de pareja
20	Descontrol de impulsos, Habilidades sociales
21	Problemas de pareja
22	Sintomatología ansiosa
23	Ánimo lábil, Habilidades sociales, Baja autoestima-inseguridad
24	Problemas familiares, Problemas de pareja, Problemas laborales
25	Orientación vocacional
26	Duelo
27	Problemas de pareja, Sintomatología ansiosa, Problemas familiares
28	Descontrol de impulsos, Ánimo lábil
29	Sintomatología ansiosa
30	Problemas de pareja, Problemas familiares
31	Sintomatología ansiosa, Adicción al juego
32	Sintomatología ansiosa
33	Baja autoestima-inseguridad, Problemas familiares

N°	Año	Fecha primera sesión	N° de sesiones	Fecha última sesión	Tipo de cierre
1	2011	01-06-2010	37	02-08-2011	del paciente
2	2011	22-06-2010	40	03-04-2012	Sin información
3	2011	17-08-2010	25	06-06-2011	mutuo
4	2011	29-09-2010	17	06-05-2011	mutuo
5	2011	27-11-2010	44	29-12-2011	mutuo
6	2011	20-10-2010	20	07-07-2011	del paciente
7	2011	26-04-2011	12	06-09-2011	Sin información
8	2011	29-04-2011	16	23-09-2011	deserción
9	2011	02-05-2011	15	24-10-2011	mutuo
10	2011	02-05-2011	10+	07-05-2012	Sin información
11	2011	04-05-2011	19	28-09-2011	Sin información
12	2011	20-05-2011	23	16-12-2011	Sin información
13	2011	01-06-2011	8	27-07-2011	deserción
14	2011	02-06-2011	Sin información	15-12-2011	Sin información
15	2011	01-06-2011	2	07-06-2011	Sin información
16	2011	07-06-2011	2	14-06-2011	deserción
17	2011	07-06-2011	25	24-01-2012	deserción
18	2011	07-10-2011	10	30-12-2011	Sin información
19	2011	03-08-2011	3	21-07-2011	deserción
20	2011	11-07-2011	4	01-08-2011	deserción
21	2011	11-07-2011	4	08-08-2011	Sin información
22	2011	08-07-2011	2	01-08-2011	Sin información
23	2011	15-05-2011	1	15-05-2011	deserción
24	2011	15-07-2011	2	29-07-2011	deserción
25	2011	11-08-2011	Sin información	04-11-2011	deserción
26	2011	16-08-2011	4	04-10-2011	Sin información
27	2011	01-09-2011	1	01-09-2011	deserción
28	2011	01-08-2011	5	03-11-2011	deserción
29	2011	20-09-2011	14	05-03-2012	mutuo
30	2011	30-11-2011	12	26-01-2012	mutuo
31	2011	09-11-2011	7	30-03-2012	mutuo
32	2011	30-11-2011	7	09-03-2012	mutuo
33	2011	16-09-2011	20	30-03-2012	Sin información

N°	Diagnóstico
1	Sin información
2	Sin información
3	Sin información
4	Sin información
5	Eje I: Trastorno A. con E. A. depresivo, Otros problemas: Problemas conyugales, Eje II: T. límite de la Pd., Eje III: E. endocrinas, Eje IV: P. R. G.P.A.relativos, P. laborales
6	Eje I: Trastorno somatomorfo: Trastorno de somatización, Eje III: Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo
7	Sin información
8	Sin información
9	Eje I: Trastorno adaptativo, Eje II: Rasgos obsesivos, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
10	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo no especificado, Eje II: Trastorno de personalidad no especificado
11	Sin información
12	Eje I: Trastorno adaptativo con ansiedad
13	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno distímico, Eje II: Rasgos evitativos, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
14	Sin información
15	Sin información
16	Sin información
17	Eje I: Trastorno de la conducta alimentaria: Bulimia nerviosa
18	Eje I: Trastorno adaptativo mixto, Otros: duelo, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
19	Sin información
20	Eje I: Trastorno de ansiedad no especificado, Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo no especificado
21	Eje I: Trastorno de ansiedad no especificado
22	Eje I: Trastorno de angustia S. A., Otros problemas: Problemas conyugales, Eje III: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
23	Sin información
24	Sin información
25	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo no especificado
26	Eje I: Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica: duelo
27	Sin información
28	Eje I: Trastorno adaptativo, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
29	Eje I: Trastorno de angustia sin agorafobia, Eje II: Rasgos obsesivos
30	Sin información
31	Eje I: Trastorno adaptativo, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
32	Eje I: Trastorno adaptativo, Eje II: Rasgos dependientes, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
33	Sin información

N°	Género	Epicrisis	Interconsulta	Tratamiento farmacológico
1	masculino	no	Sin información	no
2	femenino	no	no	sí
3	femenino	no	Sin información	sí
4	masculino	no	Sin información	Sin información
5	masculino	sí, incompleta	sí	sí
6	femenino	sí, completa	sí	sí
7	femenino	no	Sin información	sí
8	masculino	no	Sin información	no
9	femenino	sí, incompleta	no	no
10	masculino	no	Sin información	sí
11	masculino	no	Sin información	no
12	femenino	sí, incompleta	no	no
13	masculino	sí, incompleta	no	no
14	femenino	no	Sin información	no
15	masculino	no	Sin información	no
16	femenino	no	Sin información	Sin información
17	femenino	no	Sin información	no
18	femenino	no	Sin información	sí
19	masculino	no	Sin información	no
20	masculino	sí, incompleta	no	no
21	femenino	no	Sin información	no
22	femenino	no	Sin información	sí
23	femenino	no	Sin información	no
24	femenino	no	Sin información	no
25	masculino	sí, incompleta	no	sí
26	femenino	no	Sin información	sí
27	masculino	no	Sin información	Sin información
28	femenino	sí, incompleta	no	no
29	femenino	sí, completa	no	no
30	masculino	sí, incompleta	no	no
31	masculino	sí, incompleta	no	no
32	femenino	sí, completa	no	no
33	femenino	no	Sin información	no

4. Base de datos año 2012

N°	Motivo de consulta
1	Habilidades sociales, Baja autoestima-inseguridad
2	Sintomatología ansiosa, Problemas de pareja, Problemas económicos
3	Sintomatología ansiosa
4	Fobia
5	Autoconocimiento-Orientación
6	Problemas sexuales
7	Descontrol de impulsos
8	Problemas familiares
9	Sintomatología ansiosa
10	Sintomatología ansiosa
11	Sintomatología ansiosa, Abuso sexual
12	Sintomatología ansiosa, Baja autoestima-inseguridad
13	Habilidades sociales
14	Baja autoestima-inseguridad
15	Sintomatología depresiva, Baja autoestima-inseguridad
16	Autoconocimiento-Orientación
17	Sintomatología depresiva
18	Problemas sexuales
19	Orientación vocacional, Problemas familiares, Baja autoestima-inseguridad, Sintomatología depresiva
20	Funcionamiento obsesivo
21	Descontrol de impulsos, Problemas familiares
22	Sintomatología ansiosa, Problemas sexuales, Habilidades sociales
23	Término proceso psicoterapéutico
24	Problemas de adaptación, Autoconocimiento-Orientación, Sintomatología depresiva
25	Ánimo lábil
26	Duelo
27	Rendimiento académico, Problemas de pareja

N°	Año	Primera sesión	Número de sesiones	Última sesión	Tipo de cierre
1	2012		2	20-04-2012	Sin información
2	2012	19-10-2012	2	28-10-2012	Deserción
3	2012	05-09-2012	1	05-09-2012	Deserción
4	2012	10-10-2012	1	10-10-2012	Deserción
5	2012	10-03-2012	18	17-08-2012	Deserción
6	2012	06-06-2012	9	10-10-2012	Deserción
7	2012	30-01-2012	7	17-04-2012	Deserción
8	2012	26-03-2012	15	10-09-2012	Del terapeuta
9	2012	29-05-2012	9	14-11-2012	Deserción
10	2012	28-05-2012	4	18-06-2012	Deserción
11	2012	03-01-2012	4	12-05-2012	Sin información
12	2012	18-10-2011	25	31-05-2012	Del paciente
13	2012	27-04-2012	13	10-08-2012	Mutuo
14	2012	29-05-2012	20	27-12-2012	Del terapeuta
15	2012	08-11-2012	3	29-11-2012	Deserción
16	2012	09-06-2012	2	16-06-2012	Deserción
17	2012	09-06-2012	1	09-06-2012	Deserción
18	2012	19-06-2012	7	03-10-2012	Mutuo
19	2012	04-05-2012	3	13-07-2012	Deserción
20	2012	07-12-2011	8	26-01-2012	Mutuo
21	2012	21-11-2012	5	04-01-2013	Mutuo
22	2012	14-11-2012	8	30-01-2013	Mutuo
23	2012	30-05-2011	22	20-11-2012	Sin información
24	2012	16-05-2005	Sin información	20-07-2012	Sin información
25	2012	28-09-2012	1	28-09-2012	Sin información
26	2012	05-01-2012	4	27-01-2012	Mutuo
27	2012	25-10-2012	1	25-10-2012	Deserción

N°	Diagnóstico
1	Sin información
2	Eje I: Trastorno adaptativo, Eje II: Trastorno límite de la personalidad
3	Eje I: Trastorno de ansiedad no especificado
4	Eje I: Trastorno de ansiedad no especificado
5	Eje I: Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Problema biográfico
6	Eje I: Trastorno sexual: Eyaculación precoz
7	Eje I: Trastorno adaptativo, Eje II: Trastorno de personalidad por evitación, Trastorno límite de la personalidad
8	Sin información
9	Eje I: Trastorno de angustia sin agorafobia
10	Eje II: Trastorno límite de la personalidad, Rasgos histriónicos, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, Problemas económicos
11	Sin información
12	Sin información
13	Sin información
14	Eje I: Trastorno adaptativo, Trastorno de ansiedad no especificado, Eje II: Rasgos obsesivos, Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo
15	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo mayor, Eje II: Trastorno límite de la personalidad
16	Eje I: Trastorno adaptativo, Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo no especificado
17	Eje I: Trastorno adaptativo, Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo no especificado
18	Sin información
19	Eje I: Trastorno del E. Á.: Trastorno depresivo N. E., Eje II: Rasgos dependientes, Eje III: E. del Aparato Digestivo, Eje IV: Problemas relativos al G. P. A.
20	Sin información
21	Eje I: Trastorno adaptativo, Trastorno del Estado del Ánimo; Trastorno depresivo mayor de inicio en el posparto, Eje II: Rasgos obsesivos
22	Eje I: Trastorno de Ans. no especificado, Fobia específica, Eje II: Rasgos obsesivos, Eje III: E. Endocrinas, Eje IV: P. laborales
23	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno distímico
24	Sin información
25	Sin información
26	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo no especificado
27	Eje I: Trastorno del Estado del Ánimo: Trastorno depresivo mayor

N°	Género	Epicrisis	Interconsulta	Tratamiento farmacológico
1	masculino	no	Sin información	sí
2	femenino	no	Sin información	sí
3	femenino	sí, completa	no	no
4	femenino	sí, incompleta	sí	sí
5	masculino	sí, incompleta	no	no
6	masculino	sí, completa	no	no
7	masculino	no	Sin información	sí
8	femenino	sí, incompleta	no	no
9	femenino	sí, incompleta	sí	sí
10	femenino	sí, completa	no	no
11	femenino	no	Sin información	no
12	masculino	sí, incompleta	no	sí
13	masculino	sí, incompleta	Sin información	no
14	masculino	sí, incompleta	no	no
15	masculino	sí, incompleta	no	no
16	masculino	sí, incompleta	Sin información	Sin información
17	femenino	no	no	no
18	femenino	sí, incompleta	no	no
19	femenino	no	Sin información	no
20	femenino	no	Sin información	no
21	femenino	sí, completa	no	no
22	femenino	sí, completa	sí	no
23	masculino	no	Sin información	Sin información
24	masculino	no	Sin información	Sin información
25	femenino	no	Sin información	no
26	femenino	no	Sin información	Sin información
27	masculino	sí, incompleta	Sin información	Sin información

5. Base de datos año 2013

N°	Motivo de consulta	Año	Fecha primera sesión	N° de sesiones	Fecha última sesión	Tipo de cierre
1	Problemas familiares, Problemas de pareja	2013	20-08-2013	9	13-11-2013	deserción
2	Enfermedad	2013	02-09-2013	3	30-09-2013	del paciente
3	Baja autoestima-inseguridad, Habilidades sociales	2013	17-05-2013	26	13-12-2013	mutuo
4	Sintomatología ansiosa	2013	08-10-2013	4	25-11-2013	del paciente
5	Sintomatología ansiosa, Problemas de pareja	2013	11-05-2013	3	25-05-2013	deserción
6	Autoconocimiento-Orientación	2013	26-07-2013	18	13-05-2013	deserción

N°	Diagnóstico
1	Eje I: Trastorno adaptativo
2	Eje I: Trastorno adaptativo S. mixta, Otros problemas: P. de relación asociado a un trastorno mental o enfermedad médica, Eje IV: Problemas económicos
3	Sin información
4	Sin información
5	Eje I: Trastorno de ansiedad N. E., Trastorno del sueño, Otros problemas: Problemas conyugales, Eje III: E. del sistema circulatorio, E. endocrinas
6	Sin información

N°	Género	Epicrisis	Interconsulta	Tratamiento farmacológico
1	femenino	sí, completa	Sin información	no
2	femenino	sí, completa	Sin información	Sin información
3	femenino	sí, incompleta	Sin información	no
4	femenino	sí, incompleta	Sin información	sí
5	femenino	sí, incompleta	no	no
6	femenino	no	Sin información	Sin información