

Caso Gonzalo: un estudio sistemático de caso único de psicoterapia psicodinámica focalizada utilizando el modelo de tres niveles (3-LM)

Gonzalo Case: a systematic single-case study of focused psychodynamic psychotherapy using the three-level model (3-LM)

Andrea Rodríguez Quiroga de Pereira, Laura Borensztein, Laura Bongiardino, Saskia Ivana Aufenacker, Rocío Manubens, Luciana López Fediuk, Juan Martín Gómez Penedo y Santiago Juan

Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA)

Resumen

Existe consenso dentro del psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica sobre que las entrevistas iniciales pueden jugar un papel fundamental tanto para el proceso como para el resultado del tratamiento. El modelo de tres niveles (3-LM) es una herramienta clínica que promueve la discusión grupal para evaluar si ha habido transformaciones, o no, en el paciente, a lo largo de un tratamiento de orientación psicoanalítica. Objetivos y métodos: con el fin de probar cómo el método 3-LM puede ser aplicado en un estudio de caso único, este estudio comparó la evaluación de las transformaciones de un paciente en un grupo 3-LM con medidas externas de proceso-resultado, en relación con el mismo caso único de psicoterapia psicodinámica focalizada, considerando las primeras cuatro entrevistas y la sesión 31 del tratamiento. Se emplearon el Cuestionario de Resultados (OQ.45.2), el Listado de Síntomas (SCL-90) y el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) para estimar el cambio sintomático y estructural del paciente, respectivamente. Resultados y discusión: hubo importantes convergencias entre las medidas de evaluación y proceso-resultado del grupo 3-LM utilizadas en el caso, junto con algunos puntos divergentes. Se discuten los resultados, a la luz de las contribuciones de 3-LM y OPD-2 a la investigación orientada a la práctica psicodinámica.

Palabras clave: 3-LM, psicoterapia psicodinámica, investigación empírica de caso único, OPD-2

Abstract

There is consensus within psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy that initial interviews might play a fundamental role for both treatment process and outcome. The three level model (3-LM) is a clinical tool that promotes group discussion to assess if there have been transformations, or not, in the patient, throughout a psychoanalytically oriented treatment. Objectives & methods: In order to test how the 3-LM method can be applied in a single case study close to clinical practice, this study compared a 3-LM group's transformations' assessment with external process-outcome measures, regarding the same single case of focused psychodynamic psychotherapy, considering the first four interviews and session 31 of treatment. The Outcome Questionnaire (OQ.45.2), Symptoms Checklist (SCL-90) and Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) were employed to estimate the patient's symptomatic and structural change, respectively. Results & discussion: There were major convergences among 3-LM group's assessment and process-outcome measures used in the case, together with some divergent points. Results are discussed, in light of 3-LM's and OPD-2's contributions to psychodynamic practice-oriented research.

Keywords: 3-LM, psychodynamic psychotherapy, empirical single case research, OPD-2

Este trabajo ejemplifica cómo el modelo de tres niveles (3-LM, Bernardi, 2014) puede ser aplicado en una investigación de caso cercana a la práctica clínica. Al considerar el uso del 3-LM y el OPD-2 en psicoterapias de orientación psicoanalítica, este proyecto pretende contribuir a la investigación empírica de caso único que permite operacionalizar procesos y resultados característicos de un tratamiento de base psicoanalítica.

A partir de esta perspectiva, el objetivo del proyecto fue comparar la evaluación del grupo 3-LM con medidas externas de investigación de procesos en un mismo caso tratado con psicoterapia psicodinámica focalizada, considerando las cuatro primeras entrevistas y la sesión 31 del tratamiento. En este sentido, se reunieron las evaluaciones de dos grupos diferentes: 1) el grupo evaluó las transformaciones del paciente considerando los primeros cuatro encuentros, y 2) el grupo evaluó las transformaciones potenciales esperadas del paciente después de nueve meses de tratamiento, como inferencias pronósticas del grupo. Se ha trabajado triangulando los resultados acerca de la evolución general del paciente con evidencia empírica cuantitativa, lo que permite evaluar la credibilidad de las inferencias del grupo de expertos.

El 3-LM (Bernardi, 2015), es un método que promueve observaciones clínicas grupales precisas y sistemáticas, que ayudan a evaluar las transformaciones o no, de un paciente, a lo largo de un tratamiento de orientación psicoanalítica/psicodinámica. Los 3 niveles incluyen: 1) una descripción fenomenológica de las transformaciones del paciente, 2) la identificación de las principales dimensiones diagnósticas del cambio, y 3) el testeo de las hipótesis explicativas de estos cambios. Los 3 niveles presentados por el

modelo 3-LM son considerados como componentes del juicio clínico del analista. Durante los diferentes niveles, los analistas discutirán en grupo el caso que previamente han leído y evaluado individualmente. Para cada nivel, el moderador formula una serie de preguntas específicas con el fin de guiar las discusiones de los analistas.

El primer nivel, *la descripción fenomenológica de las transformaciones del paciente*, busca describir los cambios tal y como aparecen para el experto. Estos identifican los aspectos más relevantes del material clínico, llamados puntos de anclaje. Los puntos de anclaje se basan en referencias específicas en el material del paciente que pueden o no encontrarse en forma de metáforas (Bernardi, 2014, 2015). Sin embargo, puede ser que la referencia al material o las metáforas no sean consideradas como puntos de anclaje. Los puntos de anclaje pueden convertirse en los focos del trabajo analítico. En este nivel fenomenológico, el modelo le indica al moderador que plantee preguntas a los analistas, como, por ejemplo: ¿los aspectos seleccionados experimentan alguna transformación durante el análisis?

El segundo nivel busca una descripción más precisa de varias dimensiones o categorías que proporcionan un perfil más sistemático de los cambios. Este se denomina *dimensiones diagnósticas del cambio*. Las preguntas de este nivel se han desarrollado en base a tres manuales diagnósticos: el DSM-5, incluyendo la tercera sección (American Psychiatric Association, 2013), el PDM (PDM Task Force, 2006) y el OPD-2 (OPD Task Force, 2007). Este nivel busca, si es posible, identificar cambios en a) la experiencia subjetiva de enfermedad del paciente, b) sus patrones de relaciones interpersonales, c) los principales conflictos intrapsíquicos, d) el comportamiento estructural y e) el trastorno u organización global de la personalidad. En este último punto, se pretende que el analista llegue a un consenso, o que se especifique cuántos no han llegado al mismo acuerdo y por qué.

En el tercer nivel, *-comprobación de las hipótesis explicativas de las transformaciones*, el grupo de trabajo discute las hipótesis teóricas que explican las transformaciones, así como las posibilidades de cómo y por qué se produjeron. Se discuten las teorías explícitas e implícitas que explican las transformaciones observadas, empezando por las que se manifiestan en las interpretaciones del analista. ¿Cuál fue el enfoque principal que guió al analista? ¿Cuáles eran las principales teorías e hipótesis del analista, explícitas e implícitas, que sustentaban su trabajo? ¿Cambiaron durante el tratamiento? ¿Fueron eficaces las intervenciones? ¿Cuáles?

El 3-LM, al ser una herramienta de trabajo conjunto entre colegas sobre un material clínico, facilita la posibilidad de pensar y de ejercitar habilidades analíticas, lo que se puede considerar como una herramienta útil para el entrenamiento de analistas y psicoterapeutas en formación (Rodríguez Quiroga et al., 2023). El ejercicio colectivo y mayor sistematización puede contribuir a la comprensión de la investigación de caso único (Rodríguez Quiroga et al., 2019 Ungar y Hanley, 2014) generando puentes entre la clínica y la investigación.

Es importante señalar que, aunque la perspectiva temporal (evaluación del progreso del tratamiento) es una contribución específica de este modelo, los autores de esta investigación implementaron una evaluación del progreso o falta de este, durante las primeras entrevistas, así como para la detección de pistas e indicadores relacionados con las inferencias pronósticas del grupo.

En el contexto del presente estudio, se reunió un grupo de 3-LM para discutir las cuatro primeras entrevistas de un caso y luego inferir la evolución del paciente potencial a los nueve meses de tratamiento.

Existe un consenso dentro del psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica de que las entrevistas iniciales podrían desempeñar un papel fundamental tanto para el proceso de tratamiento como para los resultados (Bernardi et al., 2016; Braconnier et al., 2006). Desde los inicios de la teoría psicoanalítica, Freud enfatizó el valor de las entrevistas iniciales (1913/2001). Sostuvo que las dinámicas futuras del tratamiento avanzado pueden expresarse tempranamente durante los primeros encuentros de manera que deben ser estudiadas más a fondo. En este sentido, es posible que durante estas entrevistas iniciales haya indicadores que puedan ser de ayuda para anticipar si la terapia tendrá éxito. La información obtenida en estas entrevistas iniciales puede incluir el diagnóstico, el pronóstico, la capacidad de *insight* y la analizabilidad. Estos aspectos pueden predecirse después de las entrevistas iniciales a partir de los comentarios verbales, las metáforas y las señales conductuales sutiles (Fiorini, 1977; Kernberg, 2006; Liberman, 1972; OPD Task Force, 2007; PDM Task Force, 2006; Reith, 2018).

Como afirman Waldron y Gazzillo (2018), empíricamente hablando, ha sido difícil determinar, de forma temprana, si un paciente se beneficiará de continuar con el tratamiento psicoanalítico. Algunos de los primeros esfuerzos por predecir esto al principio de la psicoterapia psicodinámica no resultaron muy exitosos (por ejemplo, Horowitz, 1974).

La importancia de las entrevistas iniciales ha sido declarada por múltiples autores en la literatura. En América Latina, pioneros como Baranger y Baranger (2008) consideraron al par analítico como complementario, donde ninguno puede ser entendido sin el otro y resaltaron que esta relación, se establece durante las primeras entrevistas. Otros autores han planteado que, en las entrevistas iniciales el analista es capaz de identificar rasgos esenciales del paciente que probablemente se convertirán en un patrón (Bleger, 1971; Liberman, 1972), además de sugerir que los patrones de cambio que aparecen al principio de la terapia son poderosos predictores del curso del tratamiento posterior (Gómez Penedo et al., 2019; Lutz et al., 2014; Rubel et al., 2015).

Un área de estudio prometedora durante las sesiones iniciales es la de los cambios en la autocomprensión/conciencia. Los estudios muestran que los cambios significativos en la autocomprensión durante el curso del tratamiento psicoanalítico son de alguna manera predictivos del curso de diversos síntomas (Crits-Christoph et al., 2013). Los instrumentos de seguimiento aplicados a las primeras sesiones pueden ayudar a mejorar la evaluación.

Rodríguez Quiroga et al. (2018) en un estudio de caso concreto, utilizando el modelo 3-LM, identificaron posibles predictores del abandono del paciente en las primeras entrevistas. Estos podrían haber sido utilizados para tratar de evitar que el paciente acabara abandonando el tratamiento. Otros estudios, reunieron pruebas que indican que las primeras sesiones de un tratamiento son el momento en que se crea una alianza y se produce gran parte del cambio en el tratamiento (Frank y Frank, 1961; Ilardi y Craighead, 1994). En consecuencia, el estudio de las primeras entrevistas de un tratamiento y de cómo los cambios inferidos en este momento tienen lugar (o no) durante las sesiones posteriores, podría proporcionar información significativa tanto para los

clínicos como para los investigadores, en relación con la psicoterapia de orientación psicoanalítica.

Es nuestra intención, contribuir al creciente cuerpo de investigación que pone de relieve las ventajas de integrar la investigación empírica y la práctica clínica, examinando dos herramientas, el modelo de 3 niveles (3-LM) y el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado-2 (OPD-2), ambos específicamente diseñados para operacionalizar aspectos de un tratamiento psicodinámico, tanto en sus procesos como en sus resultados; reduciendo de este modo la brecha entre la práctica clínica y la investigación (Fernández-Álvarez y Castonguay, 2018).

En cuanto a las medidas de cambio, el psicoanálisis propone un tipo especial de cambio que se supone brinda, efectos particularmente persistentes: el *cambio estructural* (Freud, 1926/2001; Grupo de Trabajo PDM, 2006; Rapaport, 1960). El término *estructura* se refiere a las organizaciones estables de la personalidad y a los patrones habituales que los pacientes emplean al enfrentarse a los conflictos inconscientes. Como señalaron Grande y sus colegas (2009), se supone que los cambios en este nivel más profundo de la personalidad son esenciales para lograr efectos terapéuticos persistentes en todos los niveles (véase también Leuzinger-Bohleber, 2002). Respetando esto, los procesos mentales inconscientes y sus modificaciones, entendidos en términos de cambio estructural, marcan una piedra angular de la teoría y la técnica psicoanalítica, pero también representan un desafío para la investigación empírica en psicoanálisis. A menudo, su estudio se ha visto obstaculizado por la complejidad de evaluar sistemáticamente estos constructos en la práctica clínica. El presente estudio es un esfuerzo tendiente a tales trabajos empíricos, utilizando el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) (OPD Task Force, 2007) para evaluar las modificaciones estructurales de un paciente.

Los criterios para medir el cambio estructural se organizan, dentro del OPD-2, en la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS). Como explica el OPD Task Force (2007), la HSCS puede utilizarse estrictamente en el ámbito de la investigación y ha demostrado ser muy fiable $r=0,77$, y $f=0,88$ (Rudolf et al., 2000), tal como se ha utilizado en el presente estudio, pero también permite un uso flexible para la práctica clínica. De este modo, es útil para el terapeuta considerar *categorías* de cambio como guías para estimar cuánto ha progresado el tratamiento de un determinado paciente en un momento concreto; o cómo se inició el proceso en cuestión. Algunas de las dimensiones que el OPD-2 ofrece para operacionalizar la trayectoria descrita son, por ejemplo: el cambio de la atribución de demandas excesivas a los demás hacia la propia participación en los conflictos; el cambio de la rigidez defensiva a la flexibilización y toma de conciencia de los mecanismos defensivos; y la inclusión de nuevas posibilidades de experiencias y comportamientos.

Una vez trabajadas las cuatro primeras sesiones, se pidió al grupo de 3-LM que evaluara las posibles transformaciones del paciente tras nueve meses de tratamiento, según el grado global de transformaciones fenomenológicas del paciente (nivel 1 de 3-LM), y las dimensiones diagnósticas de cambio del paciente (nivel 2 de 3-LM). A continuación, se contrastaron: a) las valoraciones del nivel 1 con el grado de cambio sintomático registrado a través del SCL-90 (Derogatis, 1994) y el OQ.45.2 (Lambert, 1996); y b) las valoraciones del nivel 2 con el grado de cambio estructural codificado por los analistas mediante el PDM y las dimensiones diagnósticas de cambio. Los jueces externos también evaluaron este nivel utilizando el HSCS (OPD Task Force, 2007) y el

paciente respondió al OPD-SQ autoinformado (Ehrenthal et al., 2012). El nivel 3 no fue considerado en el análisis, ya que el objetivo de la investigación no contempla la efectividad de las intervenciones por parte del analista, por lo tanto, este no fue analizado. Finalmente, este estudio explora los aportes de las investigaciones que combinan diferentes perspectivas respecto de un mismo caso, incluyendo la del terapeuta, la de los jueces externos, la del paciente y la del grupo 3-LM.

Este trabajo se enmarca en un conjunto más amplio y actual de investigaciones centradas en la confiabilidad del 3-LM (Rodríguez Quiroga de Pereira et al., 2018, 2019) y en los mecanismos psicodinámicos de cambio (Juan et al., 2017, 2018, 2019).¹

Tratamiento, terapeuta y paciente

Tratamiento

La terapia psicodinámica focalizada se basa en la teoría de los procesos inconscientes y en los principios de resistencia y transferencia (Fiorini, 1973; Kächele, 2010, Sifneos, 1987). Para esta investigación, la duración del tratamiento fue de aproximadamente doce meses, con una frecuencia de una sesión semanal. El concepto de terapia focalizada implica que el trabajo terapéutico se centraliza consistentemente en una raíz inconsciente de procesos patógenos, determinada por conflictos intrapsíquicos o vulnerabilidades estructurales (Fiorini, 1973; Summers y Barber, 2010; Thöma y Kächele, 1985/1989). En este enfoque, la toma de conciencia de los conflictos inconscientes no se considera el único elemento activo de la terapia. Tanto las experiencias emocionales correctivas como las estrategias de apoyo también se consideran parte de la estrategia del clínico (Alexander y French, 1946; Barber y Crits-Christoph, 1995; Luborsky, 1984).

De acuerdo con estos principios generales, el OPD-2 (OPD Task Force, 2007) ofrece un método sistemático de selección y evaluación de focos terapéuticos durante el tratamiento, aplicable tanto para la práctica clínica como para la investigación. Las áreas problemáticas nucleares del paciente (focos OPD) se definieron utilizando la estructura multiaxial del OPD-2 (véase el material). El término "focos" del perfil OPD se refiere a aquellos aspectos del caso que se presume originan y/o mantienen los síntomas y dificultades interpersonales. Por lo tanto, la definición de estas áreas problemáticas implica que debe producirse algún nivel de cambio en relación con ellas para lograr una reducción o eliminación de los síntomas y quejas del paciente. Estudios anteriores (Grande et al., 2009, 2012; OPD Task Force, 2007) han indicado que la selección de hasta cinco focos OPD es suficiente para identificar el perfil clínico de un paciente.

Terapeuta

El terapeuta era un hombre argentino de 38 años. En el momento del tratamiento, ya había completado una formación internacional de OPD-2. Tiene más de 10 años de experiencia clínica en terapia psicodinámica focalizada. En el contexto del presente estudio, desempeñó las funciones de terapeuta e investigador (ver procedimientos).

Paciente

Al inicio del tratamiento, el paciente era un hombre argentino de 30 años, soltero y de clase media. Vivía solo en Buenos Aires y trabajaba en una importante empresa de

tecnología. Buscó terapia porque sentía que estaba "viviendo una mentira", afirmaba que estaba "lastimando a alguien que amaba" y también "lastimándose a sí mismo". Explicó que mantenía una relación de nueve años con una mujer, pero también había iniciado una relación paralela dos años antes. Estar con dos mujeres al mismo tiempo le hacía sentir que estaba viviendo una situación "anormal". De hecho, empezó la terapia porque una de estas mujeres había descubierto la otra relación y había roto con él. Se sentía deprimido, vacío y solo. También se quejaba de tener ansiedad. Durante la primera entrevista, también expresó que se sentía como si "no pudiera ayudarse a sí mismo", por ejemplo, en relación con sus gastos y su consumo de alcohol. Afirmó que estaba "cansado de vivir una mentira" y que le gustaría "poder sentirse completo con una mujer". Tanto el terapeuta como el paciente coincidieron en que un tratamiento psicodinámico podría ayudarle a "desarrollar nuevas formas de funcionamiento".

El diagnóstico del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) fue: *Problema relacional debido a un Trastorno Mental*. En la versión Alternativa del DSM-5, Sección III, han incluido la clasificación del funcionamiento y rasgos de la personalidad, dividiéndose en 4 Niveles de funcionamiento de la personalidad, a) la identidad b) dirección propia c) empatía d) Intimidad, el paciente es evaluado según su nivel de deterioro de estas áreas: de 0 - Poco a ningún deterioro a 4 - Deterioro extremo. Este modelo adoptado por el DSM-5 ayuda a enfocarse en el funcionamiento del paciente en lugar de un foco solo en el diagnóstico. El paciente podría considerarse como un sujeto con un deterioro moderado (Nivel 2 de deterioro) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En términos del PDM-2 (PDM Task Force, 2006) el nivel de funcionamiento de la personalidad era neurótico. Según el ICD-11 el paciente puede clasificarse según la categoría de *Dificultades de personalidad* (OMS, 2019).

Metodología

Muestra

Se utilizaron transcripciones de las sesiones como unidades de análisis. Las sesiones elegidas fueron: inicio del tratamiento (sesión 1 a 4, durante el mes de mayo de 2018) y sesión 31 (a los nueve meses de tratamiento, febrero de 2019). Esta última fue seleccionada por el terapeuta, en relación con las transformaciones del paciente, según las pautas de la 3-LM.

Materiales y medidas

El modelo 3-LM de Bernardi (2015) y el OPD-2 (OPD Task Force, 2007) fueron las herramientas principales. Además, se emplearon tres medidas auto informadas: OQ.45.2 (Lambert, 1996), SCL-90 (Derogatis, 1994) y OPD.SQ (Ehrenthal et al., 2012).

Formularios 3-LM (Niveles 1 y 2)

Con el fin de recoger, ordenar y registrar las inferencias y reflexiones de los analistas, el modelo 3-LM, incorpora una serie de tres formularios que deben ser completados por cada uno de los participantes. (Los formularios que se han utilizado para esta investigación pueden verse en el Apéndice). Estos se utilizaron para: 1) un formulario individual utilizado para describir la "Descripción Global de los Cambios" del paciente

antes de trabajar con el modelo (Nivel 1). En este caso, el formulario se adaptó para que los analistas pudieran registrar lo que presumían que sería el cambio del paciente después de 9 meses, 2) el moderador utiliza este formulario para recoger el consenso del grupo sobre el funcionamiento y la personalidad del paciente, al principio y al final del tratamiento según el PDM y 3) abordar individualmente las dimensiones diagnósticas del cambio del nivel 2, después de haber trabajado con el modelo y el caso (Nivel 2).

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado

El OPD-2 es una herramienta de diagnóstico multiaxial que consta de 5 ejes (ver metodología). Creado a mediados de los años 90 en Alemania como un esfuerzo conjunto entre clínicos e investigadores psicoanalíticos, el sistema OPD buscaba ampliar las clasificaciones descriptivas desde una perspectiva psicoanalítica. En 2006 se realizó una segunda versión (OPD Task Force, 2007) que ampliaba y corregía la anterior. Esta versión incluyó el concepto de *foco*, junto con estrategias sistemáticas para medir su cambio a lo largo del tratamiento (para una síntesis, ver: De la Parra et al., 2016; Juan et al., 2017). Los criterios del manual pueden considerarse de *base empírica*, en el sentido de que recuperan hallazgos de investigación fundamentales para el campo psicoanalítico, además de ofrecer una estrategia para operacionalizar -es decir, hacer medibles- aspectos centrales de la conceptualización del caso, la planificación del tratamiento y el cambio estructural. La evaluación clínica psicodinámica se realiza según el OPD-2 (OPD Task Force, 2007) a través de cinco ejes diagnósticos 1) experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, 2) patrones y trastornos relacionales, 3) conflictos, 4) funcionamiento estructural y 5) trastornos del DSM. A modo de ejemplo, el eje 3, *Conflictos*, evalúa los conflictos más relevantes para el diagnóstico de las siete categorías que ofrece el manual: 1) Individuación-Dependencia, 2) Sumisión-Control, 3) Deseos de Cuidado-Autarquía, 4) Conflicto de Autoestima, 5) Conflicto de Culpa, 6) Conflicto Edípico y 7) Conflicto de Identidad. En el eje 4, *Estructura*, se logra el diagnóstico del comportamiento estructural, basado en las dimensiones psíquicas que intervienen en la regulación del yo y en su relación con los objetos internos y externos: a) Percepción del Yo y de los Objetos, b) Autorregulación y Regulación de la Relación con los Otros, c) Comunicación Emocional (con el yo y con los otros) y d) Vínculo con los Objetos Externos e Internos. Estas cuatro dimensiones se clasifican de "Altamente integrada" a "Desintegrada". Cada eje proporciona información que puede, por sí sola, ser el centro del tratamiento.

Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS)

El manual del OPD-2, ofrece una herramienta específica para medir el cambio en cada foco identificado: la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS) (OPD Task Force, 2007). La escala proporciona dimensiones a través de las cuales se puede supervisar la evolución del paciente. Esta categorización incluye el desarrollo progresivo de los focos, incluyendo lo siguiente: 1) la negación del problema del foco 2) la presencia no deseada del foco, 3) una vaga conciencia del foco, 4) la aceptación y exploración del foco, 5) la disolución de antiguas estructuras en el área del foco, 6) la reorganización en el área del foco y 7) la disolución del foco (OPD Task Force, 2007). Esta categorización incluye una elaboración y trabajo progresivo de los focos que tomaría el siguiente camino: 1) "rechazo defensivo del foco", 2) "presencia no deseada del foco", 3) "percepción vaga del foco", 4) "reconocimiento y exploración del foco", 5) "disolución de viejas estructuras en el área del foco", 6) "reestructuración en el área del foco" y 7) "disolución del foco" (OPD Task Force, 2007). Algunas de las dimensiones que el OPD-2 ofrece para

operacionalizar la trayectoria descrita incluyen, por ejemplo: el cambio de la atribución de demandas excesivas a los otros hacia la propia participación en los conflictos; el cambio de la rigidez defensiva a la flexibilización y conciencia de las defensas; y la inclusión de nuevas posibilidades de experiencias y comportamientos. En el presente trabajo, dos jueces externos evaluaron la evolución de los focos de OPD-2 del paciente, tanto al inicio del tratamiento como a los nueve meses de proceso.

Cuestionario de resultados (OQ.45.2)

El OQ.45.2 (Lambert et al., 1996) es un cuestionario autoadministrado que consta de 45 ítems con las que el paciente evalúa su acuerdo utilizando una escala Likert de cinco puntos. Los ítems evalúan la sintomatología, las relaciones interpersonales y el malestar general. El OQ.45.2 es una de las medidas más utilizadas en la investigación en psicoterapia para evaluar la eficacia de los tratamientos. Una reducción significativa en las puntuaciones de la escala se considera un criterio de cambio terapéutico. Ha sido adaptado al español por Von Bergen y De La Parra (2002) y ha sido utilizado recientemente en un estudio argentino para medir la eficacia de un abordaje transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Grill et al., 2017)

Listado de comprobación de síntomas (SCL-90)

El SCL-90 (Derogatis, 1994) es una lista de verificación autoadministrada que consta de 90 ítems en una escala Likert de cinco puntos donde el paciente evalúa el malestar sintomático. Se divide en subescalas: a) somática, b) trastorno obsesivo compulsivo, c) sensibilidad interpersonal, d) depresión, e) ansiedad, f) hostilidad, g) ansiedad fóbica, h) paranoia e i) psicosis. En el presente estudio, solo se utilizaron las subescalas de depresión y ansiedad a lo largo de las sesiones de terapia. Las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad sintomática.

Cuestionario estructural OPD-SQ

El cuestionario autoadministrado OPD-SQ (Ehrental et al., 2012) consta de 95 ítems, evaluados en una escala Likert de cinco puntos. Los 95 ítems se basan en el eje "Estructura" del manual OPD-2. En este sentido, el cuestionario busca evaluar las dimensiones de funcionamiento estructural enmarcadas en el OPD-2, descritas anteriormente. Las puntuaciones más altas indican un peor funcionamiento estructural. Se utilizó la adaptación al español de De la Parra y equipo (2018).

Procedimientos

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente por escrito antes de iniciar el tratamiento. A continuación, se pidió al paciente que completara, después de cada sesión, los tres cuestionarios: OQ-45.2, OPD-SQ, y las subescalas de ansiedad y depresión del SCL-90.

El modelo 3-LM fue puesto en práctica por un grupo de analistas en tres reuniones sucesivas de dos horas mediante videollamada, una por cada nivel. El grupo estaba formado por seis analistas, todos ellos ubicados en Montevideo y Buenos Aires. Todos eran analistas de la API y tenían experiencia con el 3-LM. Solo el terapeuta tratante no era analista de la API. Tal como lo indican los procedimientos del modelo (Bernardi, 2015), el terapeuta tratante participó como miembro del grupo 3-LM, aportando

opiniones e inferencias, y el diagnóstico del funcionamiento mental del paciente (ver paciente). En este sentido, para este estudio, desempeñó el papel de terapeuta e investigador. Es importante destacar que el terapeuta tratante no participó en ninguna otra medida utilizada en el presente estudio (ver medidas). El grupo del 3-LM discutió toda la información utilizando las transcripciones de las sesiones.

Si bien el modelo está pensado para la observación de las transformaciones a lo largo del proceso psicodinámico, en este caso el grupo trabajó con las transformaciones (o ausencia de transformaciones) durante los primeros cuatro encuentros con el paciente y discutió las transformaciones que esperaban que fueran posibles después de nueve meses de tratamiento. En este sentido, se recogieron dos valoraciones diferentes del grupo: 1) el grupo evaluó las transformaciones del paciente teniendo en cuenta los cuatro primeros encuentros, y 2) el grupo evaluó las posibles transformaciones esperadas del paciente después de nueve meses de tratamiento, como inferencias pronósticas del grupo.

El grupo de analistas de 3-LM trabajó inicialmente el nivel 1 del modelo en la sesión 1, identificando los puntos de anclaje. Posteriormente, en las siguientes sesiones se evaluó si había o no transformaciones respecto a los puntos de anclaje. A continuación, el grupo discutió las transformaciones que esperaban que fueran posibles después de nueve meses de tratamiento.

Para comprobar cómo el 3-LM evalúa un caso de estudio empírico, se pidió a dos jueces externos que fueron entrenados en el OPD-2, que hicieran un perfil del caso y clasificasen el nivel de cambio estructural para los focos del OPD-2 (Relación, Conflicto y Estructura), utilizando la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (ver medidas). Una vez completados estos pasos, el terapeuta tratante seleccionó una sesión para codificar (la sesión 31) y compararla con las transformaciones que el grupo esperaba que fueran posibles tras nueve meses de tratamiento.

Para evaluar el nivel 1 del 3-LM, cada analista del grupo realizó una descripción fenomenológica del cambio global del paciente, completando el formulario 1 (ver anexo). Los formularios solicitan a los participantes que transformen sus evaluaciones cualitativas en puntuaciones numéricas (para más información sobre esta transformación, véase el modelo de observación multinivel (MOM) propuesto por Thomä y Kächele (1987), Kächele y Thomä (1995) y Kächele et al., (2009). Dieron dos puntuaciones numéricas: una para el periodo inicial del tratamiento y otra para el grado de cambio que esperaban ver a los nueve meses de tratamiento, en una escala de 1 a 4 (1 = ningún cambio o empeoramiento; 2 = cambios ligeramente positivos; 3 = cambios moderados a positivos; y 4 = cambios positivos marcados). Estas puntuaciones se compararon con el OQ-45.2 y el SCL-90 completados por el paciente al inicio del tratamiento y en la sesión 31.

Para evaluar el nivel 2 del 3-LM, primero se le pidió al grupo que evaluara el nivel de funcionamiento de la personalidad del paciente (tanto considerando las cuatro primeras entrevistas como el funcionamiento esperado después de nueve meses de tratamiento) utilizando los criterios del PMD-2, según el formulario 2 (véase el apéndice). Asimismo, se consideraron las dimensiones diagnósticas de cambio propuestas por el grupo 3-LM que podrían compararse con la estructura multiaxial del OPD-2 en sus ejes de Relación, Conflicto y Estructura. Se promediaron las puntuaciones iniciales y predichas propuestas por el grupo 3-LM y luego se compararon con las puntuaciones de la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS), tanto en las entrevistas iniciales como en la sesión 31 (nueve meses de tratamiento). Esta última información se recogió cuando cada analista

completó el formulario 3 (véase el apéndice). Por último, el paciente completó el cuestionario OPD-SQ (Ehrenthal et al., 2012) al inicio del tratamiento y en la sesión 31.

Resultados

Focos dinámicos del paciente identificados en el caso (ejemplo)

Para contextualizar los resultados observados, ofrecemos una breve descripción de los principales problemas del paciente identificados según el procedimiento del OPD-2. En el área de conflicto, se asumió que el paciente estaba lidiando con un conflicto entre individuación y dependencia. El OPD-2 afirma que este conflicto implica una polaridad desadaptativa en la que el paciente pasa constantemente de necesitar cercanía a necesitar espacio en relación con los demás, sin encontrar un equilibrio adaptativo. En el área de la estructura, se asumió que el paciente necesitaba desarrollar una mejor diferenciación entre el yo y los demás, y también obtener una mejor regulación de sus impulsos. Además de los focos OPD-2, el grupo 3-LM identificó los siguientes puntos de anclaje, donde esperaban ver una transformación: "mentiras y abandono", "intimidad", "control de impulsos", "identidad e identificaciones familiares".

Es importante aclarar que, de acuerdo con los criterios OPD-2 utilizados, se consideró que Gonzalo presentaba una combinación de focos de conflicto intrapsíquico y focos de vulnerabilidades estructurales. En este punto, por ejemplo, los problemas del paciente relacionados con la mentira, el abandono y la renuncia, discutidos por el grupo 3-LM, pueden considerarse emergentes de ambos tipos de problemáticas. En otras palabras, la situación de Gonzalo implicaba trabajar tanto sobre el conflicto individuación vs. dependencia, como sobre sus vulnerabilidades estructurales vinculadas con la diferenciación y la regulación impulsiva, en tanto se apuntará a analizar la relación del paciente con la mentira y la renuncia. En términos del manual OPD-2, se asumió que la conflictiva entre individuación y dependencia presionaba sobre la estructura del paciente, mostrando vulnerabilidades en las dimensiones de control impulsivo y diferenciación.

Dentro de esta formulación OPD-2 del caso, el tratamiento apuntó a flexibilizar en Gonzalo la polaridad individuación-dependencia, buscando llevar al paciente a una mayor integración de ambos elementos, sin que fuera tan necesario defenderse de la dependencia emocional con una pseudoindividuación, lo que le impedía comprometerse de manera madura en un vínculo sentimental. Como se mencionó más arriba, focalizar en dicho conflicto también permitió analizar cuestiones estructurales vinculadas con los impulsos y la diferenciación, en tanto sus problemas interpersonales mostraban una combinación de estos aspectos. Los mencionados focos de conflicto y de estructura fueron considerados aspectos del caso que deberían modificarse en el paciente a lo largo del tratamiento.

En relación con lo anterior, las siguientes transcripciones de las sesiones muestran la transformación del paciente desde el punto de vista clínico. En la sesión 1, el primer punto de anclaje seleccionado por el grupo fue *mentira y renuncia*. Como se puede observar, el paciente está discutiendo el concepto de *renuncia*, propuesto por el terapeuta, lo que indica un cierto grado de conflicto y/o cuestión dinámica estructural involucrada. Más tarde, en la sesión 31, estos aspectos se vinculan a la pérdida, lo que muestra un cierto progreso en la dinámica del paciente.

Sesión 1

P (paciente): Entonces yo como que quise cambiar la palabra porque si la tuviera que llamar a mi plano, en vez de renunciar a algo... no me gusta la palabra renunciar.

T (terapeuta): Mj.

P: O sea que, lo analicé con muchas aristas de mi vida y como que fue algo que siempre fue... una palabra que me duele mucho es “renunciar” o “excusa”. Son palabras que me sacan.

T: Uh-Uhh

P: Y entonces yo cambié la palabra. Puse si en vez de “renunciar” sería “expulsar”.

T: Mj.

P: No sería renunciar a la adicción sino expulsar la adicción y ... vos me dijiste que lo que estaba analizando era renunciar a la adicción, es simplemente para, eh...para mejorar sabiendo que va a haber algo mejor, y la pregunta mía era ¿cómo sé que va a haber algo mejor?

T: Mj... claro.

P: (Interrumpe al T) Renunciar a lo que yo estoy...

T: Renunciando a estas dos puntas.

P: (Interrumpe) O tres puntas.

T: O tres puntas.

P: Exacto.

T: Renunciar a no renunciar porque... la imagen que yo me hago es que vos estás bien con Laura, suponete, pero eso, eh... no te impide que si aparece Susana estar con ella.

Sesión 31

P: (Continuando) lo voy aceptando y me duele aceptarlo, y digo ¿aceptar qué?, porque vuelvo aa... atrás, o sea yo sé que es como ir un paso atrás, estuve con una persona que a mi criterio me dio todo, me dio muchísimo Laura porque hoy hablando en frío nunca... más allá de las discusiones que teníamos nosotros éramos muy sinceros en muchos aspectos, su actitud fue de 10 por su forma de ser, por eso yo estaba con ella y teníamos muchas cosas en común, era una excelente compañera y a mí realmente no me alcanzó. Hice las cosas mal, ehm, tuve la oportunidad de cambiarlas y no lo hice, seguí haciendo lo mío, siempre busque mi beneficio propio sin importarme ella tanto quizás, y la embarré, terminamos la relación indirectamente por mí, porque yo fui el que hizo la cagada, yo fui el que destruyó la relación, fui el que le mintió y no lo hice una vez, lo hice dos veces, claramente no aprendí, entonces digo ¿cómo puede ser?, ella sí debería estar mal hacer su proceso y ponerse bien, y yo por qué sigo estando mal si yo con ella estaba mal y buscaba otras cosas y demás, entonces trato de analizarlo...

T: ¿Qué perdí?

P: Yo perdí una persona excelente pero que no funcionaba conmigo.

T: Mj.

P: Y...

T: Digo, por eso te haces la pregunta.

P: Claro.

T: Qué, qué, ¿qué es lo que estoy ehh duelando?

P: Exacto, exacto.

T: ¿De qué me estoy despidiendo?

P: Yo creo que me estoy terminando de despedir de... de la compañía de ella y de saber que es una persona que no la voy a ver nunca más, me duele mucho, me duele mucho y me duele, me cala hondo saber que si yo me la cruzo por la calle es muy probable que ni me saluda porque yo en su vida termine siendo una basura y eso a mí me duele, ehm, cuando quizás que con otra persona, si me... con alguna otra ex si me la cruzo por la calle la puedo saludar y todo bien, y yo sé que con ella no pasaría eso nunca y eso también me duele pero bueno a veces siento que si puedo tolerar esta tristeza que estoy sintiendo, siento que me estoy haciendo también un poquito más fuerte, y que sé que hay cosas que son peores, tristezas que son mucho peores y pase tristezas peores, así que...

P: Porque me estoy dando cuenta de lo que perdí y y creo que lo he aceptado y por eso estoy triste ahora, y creo que es como que estoy haciendo el duelo, o sea, no me duele, no creo que la tristeza sea mala para mí ni que sea algo malo ni nada, no sé... es simplemente dejarlo pasar.

T: Pero se ve que es algo que a vos no, vos ehh... vos evitás sentirte así, digamos ¿no?

P: No sé

.....

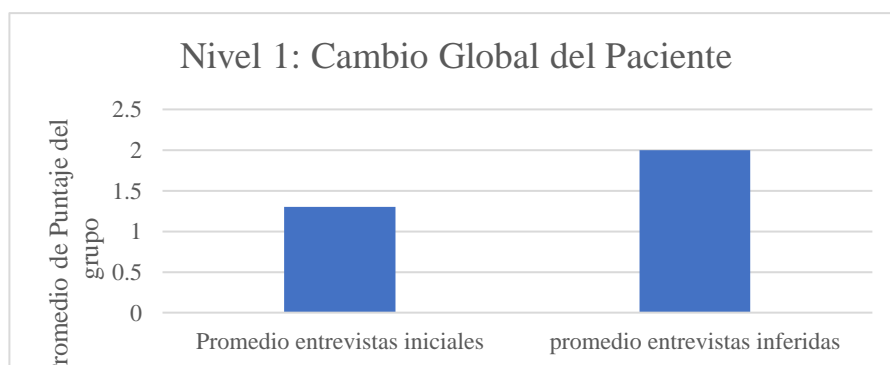
P: Y aceptar que Laura sigue con su vida y seguramente va estar con otra persona y aceptar que no la voy a ver más, y que tengo que aceptar en algún momento que yo tendría que estar feliz de que a ella le vaya bien porque es una buena persona y, indirectamente yo pienso digo: yo estoy haciendo algo mal flagelándome con Laura porque soy tóxico, porque no le tengo que escribir más, porque no se merece, no se merece,... no se merece ni una oportunidad conmigo porque soy una persona que no soy para ella y que podría... sí ella un día me escribe un correo y me dice “dale, te quiero ver” yo tendría que tener los huevos de decirle “no nos vamos a ver porque me estoy haciendo mierda yo y te estoy haciendo más mierda a vos” y no sé si eso pasaría hoy, pero tengo que aceptar como son las cosas y las cosas son así, hoy Laura en su vida, yo en la mía y bueno nada.

Comparación del nivel 1 de 3-LM: cambio global del paciente

Los resultados mostraron que el grupo de analistas de 3-LM no vio ningún cambio durante las entrevistas iniciales y solo esperaba ligeros cambios globales después de nueve meses de tratamiento.

Figura 1

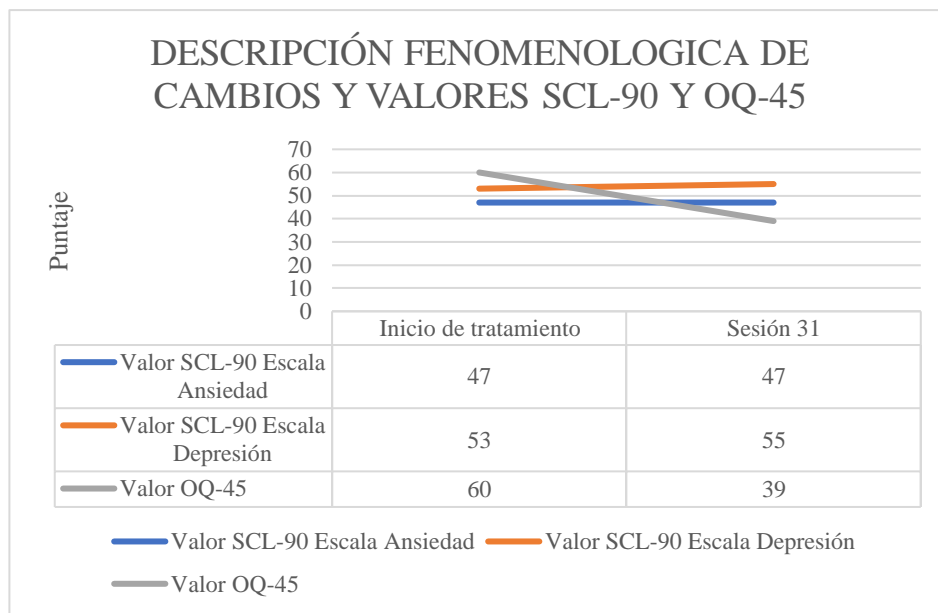
3-LM nivel 1, cambio global del paciente y cambio inferido/predicho tras nueve meses de tratamiento (formulario 1).



Cuando se compararon las puntuaciones del OQ.45.2 y del SCL-90 entre la sesión inicial y la sesión 31, hubo un ligero aumento de las puntuaciones de depresión del SCL-90. Sin embargo, hubo una mejora significativa de las puntuaciones generales del OQ-45.2. La puntuación total inicial del OQ-45 fue de 60, donde en la sesión 31 hubo una disminución del puntaje total a 39. Es importante señalar que todas las puntuaciones estaban por debajo de los puntos de corte, lo que significa que los valores indican la presencia de síntomas sin intensidad significativa (Figura 2).

Figura 2

Puntuaciones de las escalas: Puntuación inicial y tras nueve meses de tratamiento del SCL-90 y del OQ-45.



Producción del nivel 2 de 3-LM: funcionamiento de la personalidad

El grupo de 3-LM completó el formulario 2 (véase el Apéndice) para determinar el nivel de funcionamiento de la personalidad del paciente, teniendo en cuenta los cuatro primeros encuentros y el funcionamiento esperado después de nueve meses de tratamiento. En ambos casos, el grupo acordó una puntuación de seis, lo que significa que el paciente comenzó el tratamiento entre un nivel neurótico y un nivel límite de funcionamiento de la personalidad, y que el grupo esperaba que continuara así después de nueve meses de tratamiento.

3-LM Nivel 2: producción y cambio estructural codificado por analistas y jueces externos

Figura 3

Puntuaciones comparables entre escalas.

Puntuación Compatibles			
3-LM Nivel 2: Escala PDM		Escala de reestructuración de Heidelberg	
0	No alcanza la información	0	No se ha evaluado
1 a 2	Perturbación Extrema. Funcionamiento no integrado	1	Se evita el foco del problema
3 a 4	Perturbaciones importantes. Funcionamiento no integrado severo	2 a 3	Presencia no deseada frente al foco - Vaga conciencia del foco
5 a 6	Perturbaciones moderadas, con algunas limitaciones en el funcionamiento	3 a 4	Vaga conciencia del foco - Aceptación y exploración del foco
7 a 8	Perturbaciones levemente significativas, con notables aunque menores limitaciones	4 a 5	Aceptación y exploración del foco - disolución de antiguas estructuras en la zona del foco
9 a 10	Leves o imperceptibles perturbaciones del funcionamiento	6 a 8	Reorganización del área de foco - Disolución del foco

La figura 3 muestra los criterios de clasificación del PDM (a la izquierda) utilizados por el grupo de analistas que participaron en el grupo de discusión de 3-LM, así como la clasificación de la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg utilizada por los jueces externos (a la derecha). La figura muestra cómo, aunque ambas escalas tienen puntuaciones numéricas diferentes, la división y la clasificación pueden ser comparables entre sí. Las divisiones se han resaltado en relación con el nivel de gravedad del paciente en el mismo color para poder distinguir posteriormente la clasificación cualitativa en la puntuación numérica demostrada en la figura 4. También se han coloreado las clasificaciones más frecuentes utilizadas por los expertos (jueces y analistas) para demostrar que, aunque numéricamente las puntuaciones puedan diferir, en esencia la clasificación es similar. En consecuencia, Rudolf et al. (2012, citado en Leuzinger-Bohleber et al., 2019) definieron el "cambio estructural" positivo (SC positivo) mediante dos criterios: la calificación de al menos dos focos en un nivel de 4 y un aumento de la puntuación total de HSCS de 1,5 niveles en comparación con el inicio del tratamiento. La puntuación total de la HSCS (T0, T4, T8) se basa en la media de los cinco focos, el 2,5 a 4 se refiere al cambio estructural.

Figura 4

Comparación entre las puntuaciones de los analistas y las puntuaciones de los jueces de las puntuaciones iniciales e inferidas durante 9 meses de tratamiento o en la sesión 31 de escalas 3-LM y Heidelberg (Ver figura 3)

Comparación de Puntuación del 3LM Nivel 2 y Escala del Cambio Estructural de Heidelberg				
Categorías del OPD	3-LM Nivel 2: Media de la puntuación de los analistas		Escala de reestructuración de Heidelberg : Puntuación de los jueces	
	Relación	Conflicto	Estructura	
	Inicio del tratamiento	Puntuación deducida	Inicio del tratamiento	Sesión 31
	5,5	6,5	3	4
	5	6	2,5	3,5
	5	5,5	2,5	4

La figura 4 muestra, en la columna de la izquierda, las puntuaciones medias de los analistas, establecidas en el nivel 2 (Formulario 3) del modelo 3-LM basado en las tres dimensiones: relación, conflicto y estructura. También incluye los aspectos inferidos de las dimensiones de cambio. Tanto los juicios observacionales de los analistas como los inferidos están contenidos en la sección *Principales alteraciones*.

Como se puede observar en la Figura 4, los analistas asignaron al paciente Gonzalo una puntuación global coincidente con lo que se consideraría, según el PDM, como "perturbaciones y limitaciones moderadas". En cuanto a la dimensión de relación

de la OPD, los analistas coincidieron en una puntuación de 5,5 en las primeras entrevistas terapéuticas y predijeron que el progreso alcanzaría una puntuación de 6,5. En relación con el eje del conflicto, los analistas dieron una puntuación de 5 en las primeras entrevistas y de 6 en relación con lo que lograría el paciente. El cambio esperado para ambas dimensiones es de un punto desde la entrevista inicial hasta los nueve meses de tratamiento. Por último, en la dimensión de estructura, los analistas predijeron un cambio menor en comparación con las otras dimensiones, siendo 5 la puntuación consensuada para las entrevistas iniciales y 5,5 el cambio que se obtendría nueve meses después (ver Figura 5). Los analistas consideraron que Gonzalo no tendría cambios significativos en los ejes de relación, estructura y conflicto, manteniéndose siempre dentro de la misma dimensión.

Por otro lado, esta figura también muestra la evaluación de los jueces externos sobre el paciente en base al OPD-2 y al HSCS, tras las entrevistas iniciales y a los nueve meses de tratamiento.

Como muestra la figura 4, en la columna de la derecha, respecto a los ejes de conflicto y estructura, Gonzalo fue clasificado en la dimensión de "preocupación no deseada con el foco-vaga conciencia del foco", ambos con una puntuación de 2,5. En la evaluación que los jueces hicieron nueve meses después, se consideró que el eje de conflicto estaba en 3,5 y el de estructura en 4. Según los jueces, estas mejoras representan un cambio de dimensión. Por otro lado, la puntuación asignada al eje de relación en las primeras entrevistas fue de 3 y concluyeron que después de nueve meses de tratamiento correspondía a una puntuación de 4, manteniéndose ambos en la misma dimensión "conciencia vaga del foco - aceptación y exploración del foco".

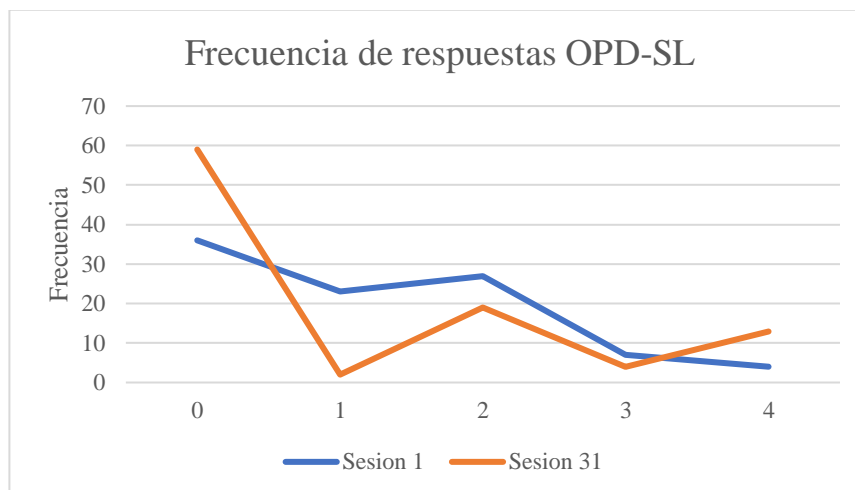
Por último, las figuras 3 y 4 comparan la puntuación del grupo 3-LM y de los jueces. Los resultados sugieren que las tres dimensiones de cambio aumentaron después de nueve meses de tratamiento. Las tres dimensiones analizadas aumentaron su valor tanto en las puntuaciones de 3-LM como en las de OPD-2 en comparación con las entrevistas iniciales y las sesiones posteriores. Los clínicos esperaban una mejora en los focos de Relación y Conflicto. Sin embargo, los analistas no predijeron ningún cambio en el foco de la Estructura incluso después de nueve meses de tratamiento. Las observaciones de los jueces utilizando el OPD-2 indican cambios muy similares en las dimensiones: conflicto y relación (con las puntuaciones del HSCS). También observaron una mejora en la Estructura, diferenciándose de las puntuaciones del grupo de 3-LM.

Producción del nivel 2 de 3-LM y cambio estructural codificado por el paciente

Las puntuaciones del OPD-SQ fueron casi idénticas en las entrevistas iniciales y en la sesión 31. Sin embargo, hubo diferencias en la calidad de las respuestas. Tras nueve meses de tratamiento continuado, el paciente aumenta las respuestas con puntuación 0 y 4, lo que sugiere que ahora es más resolutivo o piensa con más claridad, y puede haber mejorado su autoconocimiento, mientras que en las entrevistas iniciales dio respuestas menos concretas (puntuaciones 1 y 2), teniendo en cuenta que las afirmaciones del OPD-SQ describen las vulnerabilidades de la estructura en términos de los criterios del OPD-2.

Figura 5

Frecuencia de las respuestas dadas por el paciente del OPD-SQ



Discusión

Analizando un caso único de psicoterapia psicodinámica focalizada, este estudio evaluó el pronóstico grupal inferido predicho por el procedimiento 3-LM a partir de las primeras cuatro entrevistas y lo comparó con medidas de proceso y de resultado después de nueve meses de tratamiento. Se utilizaron, el cuestionario OQ.45 (Lambert et al., 1996) para considerar el grado de cambio sintomático, el Symptoms Checklist SCL-90 (Derogatis, 1994) y los criterios del OPD-2 (OPD Task Force, 2007) para evaluar el grado de cambio estructural.

Se observó una convergencia global entre las diferentes perspectivas (3-LM, terapeuta, jueces y paciente). Una de las principales convergencias fue que las trayectorias de mejora esperada eran similares entre los grupos. La única diferencia significativa fue que el grupo 3-LM fue más conservador en su pronóstico para los nueve meses, especialmente porque consideraron que se produciría poco o ningún cambio para el funcionamiento estructural. Hay que destacar que las inferencias de 3-LM sobre el cambio global del paciente encontraron apoyo con las puntuaciones del OQ.45.2, y del SCL-90. Incluso las inferencias de 3-LM sobre las dimensiones diagnósticas encontraron apoyo en las puntuaciones del HSCS (jueces externos) y del cuestionario OPD-SQ (paciente).

Por otra parte, aunque las puntuaciones del paciente mostraron una mejora general, debemos abordar algunas divergencias entre las perspectivas. Por ejemplo, el paciente informó de un ligero empeoramiento de las puntuaciones en el SCL-90 (de 53 a 55). A pesar de este aumento, el valor se mantuvo por debajo del punto de corte. Esto podría sugerir que los síntomas de "depresión" pueden ser una señal de cambio en una dirección positiva del tratamiento apoyada por un aumento del autoconocimiento, pero este cambio fue demasiado sutil para que podamos hacer afirmaciones contundentes.

Otra discrepancia entre los grupos fue que el enfoque de la relación fue predicho por el grupo 3-LM como el aspecto que experimentaría el mayor cambio. Como ya se ha dicho, la diferencia en la puntuación "estructural" nos obliga a preguntarnos si el concepto o la definición de estructura es la misma para ambos grupos. Abordar la definición conceptual de los grupos y los instrumentos puede ser una forma adecuada de proceder.

Los resultados obtenidos pueden contribuir al objetivo de otorgar apoyo empírico a nuestro juicio clínico. De este modo, consideramos primordiales los esfuerzos de investigación sobre el psicoanálisis empírico. Esta investigación nos ha llevado a proponer el Modelo 3-LM como una oportunidad para combinar la práctica clínica y la investigación.

Se entiende por triangulación el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno. Nos permitió ver coincidencias y diferencias entre las inferencias del terapeuta y las medidas empíricas. Las similitudes entre el juicio clínico y la evidencia empírica permiten mayor solidez en las conclusiones generadas sobre la evolución del paciente. Mientras que las diferencias generan nuevas preguntas para el terapeuta.

Uno de nuestros objetivos al investigar es descubrir resultados de criterios empíricos que luego puedan transmitirse durante la formación analítica (Leuzinger-Bohleber y Kächele, 2015). Este objetivo responde a uno de nuestros principios intelectuales: la teoría debe influir en la práctica, y la práctica debe influir en la teoría, en un círculo virtuoso. El 3-LM proporciona una oportunidad para: 1) explicitar los procesos introspectivos de la mente del analista (Leibovich de Duarte, 2010), 2) poner a prueba las inferencias clínicas y corregirlas si es necesario (Altmann, 2014), 3) beneficiarnos de múltiples perspectivas, incluida la del paciente, 4) acumular evidencia a favor del trabajo clínico, y 5) ser más eficaces en nuestra práctica clínica.

Futuras investigaciones

Desde nuestro punto de vista, la necesidad más inminente para la práctica clínica es la de realizar estudios empíricos que hablen el lenguaje de los clínicos de manera que puedan ser aplicados adecuadamente en un contexto psicoanalítico. En otras palabras, extraer conocimiento de la investigación en beneficio del análisis. Hay que tener en cuenta que la importancia de la teoría siempre se basa en su aplicación práctica. Las investigaciones futuras deben tener en cuenta este aspecto.

Limitaciones

Hemos utilizado un diseño exploratorio-descriptivo de caso único. Por lo tanto, tratamos de establecer las primeras observaciones o el contacto entre las herramientas y las observaciones. Otro aspecto que surge es la forma única en que combinamos las mediciones de 3-LM, OPD-2 así como los cuestionarios, lo que significa que las comparaciones de las herramientas no son lineales. Otras limitaciones podrían estar relacionadas con el doble papel asumido por el terapeuta como clínico e investigador en este estudio. Esto se hizo debido a la característica del modelo 3-LM. Hay que considerar detenidamente las ventajas y desventajas de este rol y los posibles efectos en la investigación. Por último, es importante señalar que se trata de un estudio piloto, por lo que el diseño debe ser replicado en estudios posteriores con otros casos y métodos de investigación.

Referencias

Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. The Ronald Press Company.

- Altmann, M. (Ed.). (2014). *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis - the Three-Level Model*. Karnac
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baranger, M. y Baranger, W. (2008). The Analytic Situation as a Dynamic Field. *International Journal Psychoanalysis* 84(4),795–826.
- Barber, J. P., y Crits-Christoph, P. (Eds.). (1995). *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)*. Basic Books.
- Bernardi, R. (2014). The Three-Level Model(3-LM) for observing patient transformations.” En M. Altmann (Ed.), *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis - the Three-Level Model* (pp. 3-34). Karnac.
- Bernardi, R. (2015). La evaluación de los cambios del paciente. El modelo de los tres niveles (3-LM) *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia Vol. 2* (número II) <https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2015/bernardi.pdf>
- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L. y Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica del caso: su valor para la práctica clínica*. Grupo Magro Editores.
- Bleger, J. (1971). *Temas de psicología: (entrevista y grupos)*. Nueva Visión.
- Braconnier, A., Guedeney, N., Hanin, B., Sauvagnat, F., Thurin, J. y Widlöcher, D. (2006). Suitability and indications for psychoanalytic psychotherapy. PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual* (pp. 403-430). Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Casullo, M., y Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Universidad de Buenos Aires. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf.
- Crits-Chrostph, P., Connolly Gibbons, M.B. y Mukherjee, D. (2013) Psychotherapy Process-Outcome Research. En M. J. Lambert *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th Ed)* (pp 289- 340). John Wiley & Sons, Inc.
- De la Parra, G., Gómez-Barris, E., y Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el Diagnostico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de Psicoanálisis Y Psicoterapia*, 6, 1-20.
- De La Parra, G., Undurraga, C., Crempien, C., Valdés, C., Dagnino, P., y Gómez-Barris, E. (2018). Estructura de personalidad en pacientes con depresión: adaptación de un instrumento y resultados preliminares. *Psyke (Santiago)*, 27(2), 1-20.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. National Computer System.
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Grande, T. y Schauenburg, H. (2012). Der OPD- Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität [El cuestionario OPD de Estructura (OPD-SQ): resultados preliminares respecto a su confiabilidad y validez]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62, 25-32. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295481>
- Fernández-Álvarez, H. y Castonguay, L. (2018). Investigación orientada por la práctica: avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. Introducción. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 107-114. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1069>
- Fiorini, H. (1973). El concepto de foco. En *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas* (pp. 85-101). Nueva Visión.

- Fiorini, H. (1977). *Los ejes del proceso terapéutico. Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Frank, J. D., y Frank, J. B. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. JHU Press.
- Freud, S. (2001). Sobre la iniciación del tratamiento. En: *Obras Completas* (Vol. XII, pp. 121-144). Amorrortu. Obra original publicada en 1913
- Freud, S. (2001). Inhibición, síntoma y angustia. En: *Obras Completas* (Vol. XX, pp.71-164). Amorrortu. Obra original publicada en 1926
- Gómez Penedo, J. M., Zilcha-Mano, S. y Roussos, A. (2019). Interpersonal profiles in emotional disorders predict the importance of alliance negotiation for early treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 617-628. doi:10.1037/ccp0000417
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes M. y Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19 (3), 344-357. doi:10.1080/10503300902914147
- Grande, T., Keller, W., y Rudolf, G. (2012). What happens after treatment: Can structural change be a predictor of long-term outcome? En R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 169-183). Humana Press.
- Grill, S.S., Castañeiras, C. y Fasciglione, M.P. (2017). Aplicación grupal del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en población argentina. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 22(3), 171-181.
- Horowitz, L. (1974). *Clinical Prediction Psychotherapy*. Aroson
- Ilardi, S. S., y Craighead, W. E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138-155.
- Juan, S., Chávez, I., López Fediuk, L., Manubens, R. y Gómez Penedo, J.M. (21 de junio de 2018). *Mecanismos de cambio en un caso único sistematizado de terapia psicoanalítica* [Conferencia]. VI Jornadas de Investigación en Psicología, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador
- Juan, S., Gómez Penedo, J.M., y Roussos, A. (2017). Proyecto de investigación: Foco terapéutico y mecanismos de cambio en un caso único de psicoterapia psicoanalítica. *Revista Diagnosis*, 14(1), 41-51. www.revistadiagnosis.org.ar/14.1/
- Juan, S., Manubens, R., Chávez, I., López Fediuk, L., y Gómez Penedo, J.M. (6 de julio de 2019). *Psychodynamic profile and therapeutic foci's evolution in a dropout case from psychodynamic psychotherapy: comparing therapist's and external judges' perspectives*. [Panel] 50th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Buenos Aires.
- Kächele, H., y H. Thomä. (1995). Investigación del proceso psicoanalítico: métodos y logros. *Psicoanálisis APdeBA*, 19 (1-2), 5-11
- Kächele, H. (2010). Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(1), 35-43; discussion 51-4; discussion 59-61.
- Kächele, H., J. Schachter, H. Thomä, y Ulm Psychoanalytic Process Research Study Group. (2009). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice*. Routledge.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Inquiry*, 75, 969-1004.

- Lambert, M.J., Hansen, N.B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., (1996). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. American Professional Credentialing Services.
- Leibovich de Duarte, A. (2010). Psychotherapists at work. Exploring the construction of clinical inferences. En R Schwarzer y P.A. Frensch (Eds.), *Personality, Human Development, and Culture: International Perspectives on Psychological Science* (Vol.2) (pp. 29-43). Psychology Press.
- Leon de B., Altmann, M. (2014). The three-level model in psychoanalytic training. En M. Altmann (Ed.), *Time for change: Tracking transformation in psychoanalysis- The Three-level Model* (pp. 281-294). Routledge.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2002). A follow-up study--critical inspiration for our clinical practice? En M. Leuzinger-Bohleber y M. Target (Eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment: Perspectives for therapists and researchers* (pp. 143–173). Whurr Publishers.
- Leuzinger-Bohleber, M., y Kächele, H. (Eds.). (2015). *An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G., Hautzinger, M., Bahrke, U. y Beutel, M. (2019). How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *The International Journal of Psychoanalysis*, 100(1), 99-127.
- Liberman, D. (1972). Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Criterios diagnósticos y esquemas referenciales. *Revista de Psicoanálisis*, 3, 461-509.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books.
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J. M., Woods, S. W. y Barlow, D. H. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 287–297.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0035535>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *ICD-11: Clasificación internacional de enfermedades* (11ª revisión). <https://icd.who.int/>
- OPD Task Force (Eds). (2007). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis: OPD-2. Manual of Diagnosis and Treatment Planning*. Hogrefe y Huber Publishers.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Rapaport, D. (1960). *The structure of psychoanalytic theory: A systemizing attempt*. International Universities Press.
- Reith, B., Møller, M., Boots, J. Crick, P. Gibeault, A., Jaffè, R., Lagerlöf, S. y Vermote, R. (2018) *Beginning analysis: On the processes of initiating psychoanalysis (New Library of Psychoanalysis Teaching Series)*. Taylor and Francis.
- Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Marengo, J. Aufenacker, S. y Mango, C. (2018) Consentimiento informado: su uso y opinión entre psicoanalistas latinoamericanos. *Revista Calibán, Fepal*. 16 (2). 204-218.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Borensztein, L., Bongiardino, L. Aufenacker, S. y Juan, S. (2019). Caso único: investigación orientada a la práctica clínica. *Memorias del XLI Simposio Anual*. Asociación Psicoanalítica Argentina.

- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Borensztein, L., Corbella, V. y Marengo, J. C. (2018). The Lara case: A group analysis of initial psychoanalytic interviews using systematic clinical observation and empirical tools. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(6), 1327-1352.
- Rodríguez Quiroga, A., Juan, S., Waldrom, S., Bongiardino, L., Aufenacker, S.I., Crawley, A., Botero, M.C. y Borensztein, L. (2023) Multicenter qualitative study: Trustworthiness of the Three-Level Model (3-LM). *Internacional Journal of Psychoanalysis* (en prensa).
- Rubel, J., Lutz, W., Kopta, S. M., Köck, K., Minami, T., Zimmermann, D., y Saunders, S. M. (2015). Defining early positive response to psychotherapy: An empirical comparison between clinically significant change criteria and growth mixture modeling. *Psychological Assessment*, 27, 478–488. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000060>
- Rudolf, G., Grande, T., y Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut*, 45(4), 237-246.
- Sifneos, P. E. (1987). *Topics in general psychiatry. Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique (2nd ed.)*. Plenum Medical Book Co/Plenum Press.
- Summers, R. F., y Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.
- Thoma, H., y Kächele, H. (1987). *Psychoanalytic practice*. Springer-Verlag.
- Thoma, H. y Kächele, H. (1985/1989) *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Herder.
- Ungar, V. y Fitzpatrick-Hanley, M.A. (2014). Tracking patient transformation: the function of observation in psychoanalysis. En M. Altmann (Ed.), *Time for change: Tracking transformation in psychoanalysis—The Three Level Model* (pp. 101-120). Karnac.
- Von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica*, 20, 161-176. https://www.researchgate.net/publication/263314562_oq452_cuestionario_para_evaluacion_de_resultados_y_evolucion_en_psicoterapia_adaptacion_validacion_e_indicaciones_para_su_aplicacion_e_interpretacion_oq452_an_outcome_questionnaire_for_monitoring_ch
- Waldron, S., y Gazzillo, F. (2018). Advancing psychoanalysis and psychotherapy through research. En S. D. Axelrod, R. C. Naso, L. M. Rosenberg (Eds.), *Progress in Psychoanalysis. Envisioning the future of the profession* (pp. 173-202). Routledge.

Apéndice

3-LM Formularios utilizados para este proyecto de investigación

Formulario 1

Nivel 1: descripción global fenomenológica de los cambios

COMPARACIÓN DE LAS ENTREVISTAS INICIALES CON LOS MOMENTOS POSTERIORES DEL ANÁLISIS	1. No hay cambios ni empeoramiento		2. Ligeros cambios positivos		3. Cambio positivo moderado		4. Cambio positivo marcado	
	I.	INFERIDAS	I.	INFERIDAS	I.	INFERIDAS	I.	INFERIDAS
1. Cambio global del paciente								

Formulario de nivel 1, evaluación del cambio global del paciente en las entrevistas iniciales y presunto cambio tras nueve meses de tratamiento. Siendo las entrevistas iniciales y las puntuaciones inferidas (predichas) del INF. Este formulario ha sido modificado por los autores para trabajar con la puntuación de las sesiones iniciales y los cambios inferidos.

Formulario 2

B.- Organización global de la personalidad (PDM-2)

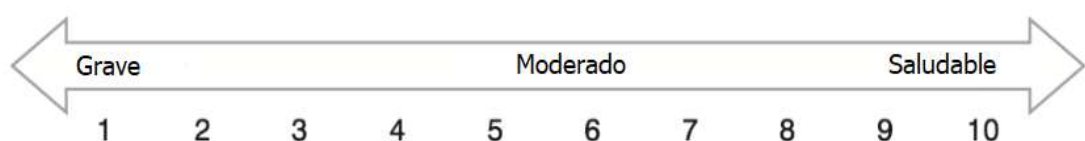
El moderador preguntará si hay acuerdo mayoritario en el grupo sobre el nivel de organización de la personalidad al inicio y en las últimas sesiones, teniendo en cuenta el funcionamiento mental en aspectos como la identidad, las relaciones objetales, las defensas, la prueba de realidad, etc.

Inicio del análisis

Funcionamiento de la personalidad del PDM-2 (PDM Task Force, 2006)

Figura 1

Diagnóstico del paciente en la tabla de diagnóstico del PDM.



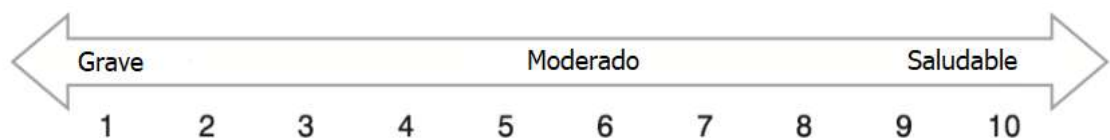
- Nivel al inicio (más de la mitad del grupo debe estar de acuerdo): ...
- (Se pueden marcar dos niveles consecutivos si el punto de acuerdo está entre los dos)
- Número de participantes que están de acuerdo con esa opinión: ...
- Número de participantes presentes: ...
- No hay acuerdo mayoritario (marque aquí con una X): ...
- Aclaraciones: ...

Sesiones finales

PDM-2 (PDM Task Force, 2006) funcionamiento de la personalidad

Figura 1

Diagnóstico del paciente en la tabla de diagnóstico del PDM.



- Nivel en las últimas sesiones: (más de la mitad del grupo debe estar de acuerdo): (Se pueden marcar dos niveles consecutivos si el punto de acuerdo está entre los dos)
- Número de participantes que están de acuerdo con esa opinión: ...
- Número de participantes presentes: ...
- No hay acuerdo mayoritario (marque aquí con una X): ...
- Aclaraciones: ...

Definiciones

Personalidad sana: Caracterizada por puntuaciones mayoritariamente de 9-10 en las funciones mentales. Los problemas de la vida rara vez se salen de las manos, y suficiente flexibilidad para adaptarse a realidades desafiantes.

(Se utiliza el 9 para las personas en el nivel neurótico de alto funcionamiento).

Nivel neurótico: Caracterizado por puntuaciones de 6 a 8; básicamente, un buen sentido de la identidad, buena comprobación de la realidad, mayormente buenas intimidades; resiliencia justa, tolerancia y regulación; rigidez y gama limitada de defensas y mecanismos de afrontamiento; favorece defensas como la represión, la formación de reacciones, la intelectualización, el desplazamiento y la deshacer.

(Utiliza el 6 para personas que van entre los niveles límite y neurótico).

Nivel límite: Caracterizado por puntuaciones mayoritariamente de 3 a 5; problemas relacionales recurrentes; dificultad con la tolerancia y regulación de los afectos; pobre control de los impulsos, pobre sentido de la identidad, pobre resiliencia; favorece las defensas como la escisión, la identificación proyectiva, la idealización/devaluación, negación, control omnipotente y acting out.

(Utilice el 3 para las personas que se mueven entre los niveles psicóticos y fronterizos).

Nivel psicótico: Caracterizado por puntuaciones mayoritariamente de 1-2; pensamiento delirante; mala regulación de la realidad de la realidad y de la regulación del estado de ánimo; dificultad extrema para funcionar en el trabajo y en las relaciones; favorece las defensas como la proyección delirante, la negación psicótica y la distorsión psicótica.

(No hay cortes bruscos entre las categorías, utilice su juicio clínico).

Formulario 3

Nivel 2: principales dimensiones del cambio

0. No hay datos/No contesta.
1. Alteraciones extremas. Funcionamiento no integrado.
2. Alteraciones importantes. Limitaciones severas en el funcionamiento.
3. Alteraciones moderadas, con algunas limitaciones en el funcionamiento
4. Perturbaciones y limitaciones mínimas o imperceptibles

Nota: Los valores intermedios pueden marcarse con medio punto (por ejemplo, 1,5; 2,5; etc.)

	MOMENTOS INICIALES		MOMENTOS POSTERIORES
	1er Ent.	4ta ent.	Inferido
Dimensiones momentos iniciales			
Momentos posteriores			
1. Experiencia de enfermedad			
2a. Patrones relacionales fuera del análisis			
2b. Patrones relacionales con el analista			
3. Defensas y conflictos			
4. 1. A. Percepción de sí mismo, sentido de la identidad e integridad del self			
4. 1. B. Percepción de los otros. Empatía			
4. 2. A. Regulación de impulsos, afectos y autoestima			
4. 2. B. Regulación de la relación con los otros (cuidado de sí y del otro, reciprocidad)			
4. 3. A. Comunicación interna y simbolización (self corporal y mental)			
4. 3. B. Comunicación con los otros (profundidad y riqueza de los afectos y representaciones)			
4. 4. A. Vínculos con objetos internos			
4. 4. B. Vínculos con los otros. Capacidad de establecer y terminar vínculos, enfrentar separaciones, y la existencia de un tercero			

Este formulario ha sido modificado por los autores para trabajar con la puntuación de las sesiones iniciales y los cambios inferidos.

¹ Ambas líneas de investigación han recibido subsidios de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API) [IPA grant: Validity and reliability of the 3l-m method: A multicenter qualitative study. Directora: Rodríguez Quiroga de Pereira, A. Juan, S. Lic. Bongiardino, L., Borensztein, L., Aufenacker, S.] y la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia (SIP) [SPR grant: Therapeutic focus and mechanisms of change in a singlecase study of psychoanalytic psychotherapy. Director: Dr. Juan, S. SPR Small Grant 2017-20182], respectivamente.