

Instituto Universitario de Salud Mental - APdeBA

Trabajo final integrador para Maestría profesional
Maestría en Psicopatología y Salud Mental

**“Formulación de caso, adherencia del terapeuta a intervenciones
psicodinámicas y severidad clínica: un estudio sistemático de caso único
en terapia dinámica focalizada”**

Alumno: Lic. Gastón Giunta

Director: Dr. Santiago Juan

Mail de contacto: ggiunta@gmail.com

Año: 2026

Agradecimientos

Al Dr. Santiago Juan por su permanente guía y asesoramiento que fueron pilares fundamentales para el acompañamiento en la elaboración del trabajo final. Gracias Santiago por tu clara transmisión y tus acertados aportes, y fundamentalmente por tu precisa orientación, tu disponibilidad y la confianza que me has brindado.

Al Equipo Docente del IUSAM que ha propiciado la reflexión permanente y ha cultivado el espíritu crítico, por su calidez y su excelencia académica. A mis compañeros de cursada por sus aportes y compañía a lo largo de la Maestría, siendo cada uno de ellos multiplicadores de la energía necesaria para la lectura y el estudio.

A Carolina Howlin, por su constante disponibilidad, su amabilidad y su destacada paciencia para responder a las innumerables consultas que le he realizado, así como por su excepcional capacidad resolutive. Le estoy muy agradecido.

Al Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI) por el material de investigación brindado y la generosidad de sus aportes. En particular al Lic. Nahuel Lavanga por su especial dedicación y sus pertinentes sugerencias en los borradores y edición final del presente trabajo.

A mi querida familia, empezando por mi mujer Emilia, quien ha sido un sostén incondicional a lo largo de este proceso. A mis hijas Martina y Camila, que junto a Emilia me han acompañado durante la pandemia en la cursada y en la redacción de los trabajos. Gracias por su apoyo incondicional y su eterna paciencia.

A mis padres, Fernando y Elda, quienes me han acompañado y nutrido en el camino hacia el compromiso con el estudio y el conocimiento.

Índice general

Resumen	6
Abstract	8
Introducción	10
Formulación del caso y su relación con el cambio en terapia psicodinámica	10
Objetivos y relevancia del presente estudio	11
Organización del escrito.....	12
Marco teórico y estado del arte	13
El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2).....	13
Formulación psicodinámica de caso, práctica clínica e investigación empírica	15
Los focos terapéuticos: delimitación, presencia y efectos	19
El uso de herramientas sistemáticas para la formulación dinámica de casos.....	21
El estudio del cambio en terapia psicodinámica	22
Adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas	24
Severidad clínica como variable de proceso y resultado	26
¿Por qué efectuar investigación de caso único con series temporales?.....	28
Marco metodológico.....	30
Preguntas científicas.....	30
Objetivos generales y específicos.....	30
Participantes	31
Medidas	41
Procedimientos	46
Aspectos éticos.....	48
Análisis de datos y resultados.....	49
Diagnóstico y comprensión psicodinámicas del paciente según criterios OPD-2	49
Focos OPD-2 establecidos para Gonzalo	54
Efectos predictivos observados a lo largo del tratamiento	61
Discusión y conclusiones	63
Efectos predictivos de la presencia de focos terapéuticos (hipótesis 1 y 2).....	63
Severidad clínica y adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas (hipótesis 3)	66
Conclusiones integradoras.....	67
Algunas consideraciones finales: implicancias para el campo psicodinámico	69
Limitaciones.....	71

Direcciones futuras	72
Referencias	73

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1.Estructura Multiaxial del Manual OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).....	44
Tabla 2. Elección de Focos Terapéuticos caso Gonzalo de acuerdo con criterios OPD-2.....	55
Figura 1. Trayectoria de puntuaciones de severidad clínica (OQ-45.2) durante el tratamiento..	58
Figura 2. Trayectoria de adherencia a intervenciones psicodinámicas durante el tratamiento...	59
Figura 3. Trayectoria de la presencia de focos de conflicto y relación durante el tratamiento....	60

Resumen

Introducción: la formulación de un caso es una competencia clave de un terapeuta ya que permite entender la situación del paciente y evaluar el cambio clínico. La investigación sistemática sugiere que aquellos terapeutas que formulan sus casos de forma estructurada alcanzan mejores resultados terapéuticos. Una manera de evaluar este fenómeno puede radicar en analizar la interacción entre la formulación del caso, la adherencia del terapeuta a su modelo de trabajo, y la severidad clínica del paciente, al interior de un tratamiento completo. **Objetivos y métodos:** a partir de un re análisis de material clínico ya registrado, este estudio exploró la interacción entre: (a) la formulación de caso en términos de presencia de focos terapéuticos, (b) la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y (c) la severidad clínica del paciente, a lo largo de un caso único completo de terapia psicodinámica focalizada (54 sesiones). Previamente al presente estudio, el paciente completó el cuestionario de resultados OQ.45.2 luego de cada sesión. A su vez, el terapeuta tratante y el paciente completaron la escala comparativa del proceso terapéutico (CPPS-T y CPPS-P) después de cada sesión. Dos jueces externos establecieron un perfil psicodinámico con cinco focos para el caso, utilizando el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. Para cada sesión, el nivel de presencia de cada foco OPD-2 fue medido por los jueces, utilizando la Escala de Presencia de Foco. A partir de estos datos, el presente trabajo efectuó un análisis de series temporales, buscando efectos predictivos entre la presencia de focos, la severidad clínica y la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas. **Resultados y discusión:** Los resultados obtenidos en el presente estudio aportan evidencia empírica sobre la dinámica temporal que articula los focos terapéuticos, la adherencia técnica del terapeuta y la severidad clínica del paciente a lo largo de un proceso psicodinámico focalizado. En consonancia con los postulados del OPD-2, el proceso de cambio puede comprenderse como una reorganización progresiva de los ejes de conflicto, estructura y relación, que se expresan en los focos definidos al inicio y actualizados a lo largo del tratamiento. En este sentido, el análisis de series temporales mostró relaciones significativas entre las variables estudiadas. Se discuten las implicancias para la investigación orientada a la práctica psicodinámica en nuestra región, empleando

herramientas sistemáticas como el OPD-2. A su vez, se analizan las contribuciones de este tipo de estudios para comprender mejor cómo los pacientes pueden beneficiarse de las psicoterapias psicodinámicas.

Palabras clave: Formulación de caso - Presencia de focos terapéuticos - Adherencia del terapeuta - Severidad clínica - Caso único - Series temporales - Terapia psicodinámica focalizada - OPD-2.

Abstract

Introduction: Case formulation is a core competence for therapists, as it allows them to understand the patient's situation and to assess clinical change. Systematic research suggests that therapists who formulate cases in a structured manner achieve better therapeutic outcomes. One way to examine this phenomenon is to analyze the interaction between case formulation, therapist adherence to their theoretical model, and patient clinical severity within the context of a complete treatment. **Aims & Methods:** Based on a reanalysis of previously recorded clinical material, this study explored the interaction between: (a) case formulation in terms of the presence of therapeutic foci, (b) therapist adherence to psychodynamic interventions, and (c) patient clinical severity, throughout a complete single case of focused psychodynamic therapy (54 sessions). Prior to the present study, the patient completed the Outcome Questionnaire OQ-45.2 after each session. In addition, both the treating therapist and the patient completed the Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS-T and CPPS-P) after each session. Two external judges established a psychodynamic profile with five foci for the case, using the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). For each session, the level of presence of each OPD-2 focus was assessed by the judges using the Focus Presence Scale. Based on these data, a time series analysis was conducted to examine predictive effects between focus presence, clinical severity, and therapist adherence to psychodynamic interventions. **Results & Discussion:** The findings of the present study provide empirical evidence regarding the temporal dynamics linking therapeutic foci, therapist technical adherence, and patient clinical severity throughout a focused psychodynamic process. In line with the OPD-2 framework, the process of change can be understood as a progressive reorganization of the axes of conflict, structure, and relationship, which are expressed in the foci defined at the outset and updated throughout treatment. In this sense, the time series analysis revealed significant relationships among the variables studied. Implications for practice-oriented psychodynamic research in our region are discussed, particularly regarding the use of systematic tools such as the OPD-2. In addition, the contributions of this type of study to a deeper understanding of how patients may benefit from psychodynamic psychotherapies are analyzed.

Keywords: Case formulation – Therapeutic focus presence – Therapist adherence – Clinical severity – Single case – Time series – Focused psychodynamic therapy – OPD-2.

Introducción

Formulación del caso y su relación con el cambio en terapia psicodinámica

En el ámbito de la psicología clínica, la formulación del caso responde al conjunto de hipótesis que elabora el terapeuta en relación con las causas y los motivos que precipitan los conflictos psicológicos, interpersonales y conductuales de un paciente (Bernardi et al., 2016). De este modo, se procura identificar y explicar aquello que es único e inherente al paciente de manera tal de sistematizar el proceso a través de la conceptualización de la situación clínica y la planificación del abordaje terapéutico (de la Parra et al., 2016; Juan et al., 2021).

La formulación sistemática del caso permite plantear con mayor claridad y precisión las hipótesis respecto a lo que le sucede al paciente, las posibles causas de su padecimiento y el modo de abordaje pertinente para llevar adelante el tratamiento (Cierpka et al., 2010; Varela et al., 2014).

La investigación sistemática sugiere que aquellos terapeutas que formulan sus casos de forma estructurada alcanzan mejores resultados terapéuticos (Ghaderi, 2011; Silberschatz, 2017; Verhulst et al., 2010). Surge así la necesidad y relevancia de herramientas estructuradas para el diagnóstico y la formulación psicodinámica de casos, aplicables a materiales clínicos (Juan et al., 2021, 2024). De este modo, la aplicación de criterios diagnósticos sistemáticos a un material clínico resulta contributivo, en términos de su utilidad teórico-clínica (Juan et al., 2024). Este enfoque, a su vez, puede contribuir a analizar sistemáticamente el proceso y el cambio en terapias psicodinámicas focalizadas (de la Parra et al., 2016; Juan et al., 2023).

Para la indicación y seguimiento de la psicoterapia puede ser de gran utilidad la noción de foco terapéutico, que refiere a las áreas problemáticas centrales, síntomas psicológicos y problemas interpersonales del paciente (Bernardi et al., 2016; de la Parra et al., 2016; Juan et al., 2021). El establecimiento de focos resulta de utilidad clínica para plantear objetivos terapéuticos sobre los cuales intervenir, así como también para establecer plazos esperables. En este sentido, el grado de presencia de determinado foco terapéutico puede considerarse una estrategia válida para operacionalizar la formulación del caso que el terapeuta efectúa sobre su paciente. En otras palabras, la presencia de los temas problemáticos centrales del paciente

conforma, en la visión del clínico, un aspecto clave de cómo entiende la situación de su consultante. Lo anterior cobra mayor relevancia si se apela a modelos estructurados de establecimiento de focos, como los que empleó el presente estudio, basados en el sistema OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008), como se detallará más adelante.

Objetivos y relevancia del presente estudio

A partir del contexto descrito hasta aquí, se conforma un problema científico en torno a indagar cómo determinados aspectos de una formulación de caso y, sobre todo, su grado de estructuración y presencia, se vinculan con otros aspectos que hacen a la efectividad de los tratamientos, en especial la severidad clínica del consultante y su eventual mejoría. Asimismo, cabe preguntarse por la relación de estos elementos de un tratamiento con el grado en que un terapeuta emplea intervenciones psicodinámicas con su paciente, en lo que se conoce como adherencia terapéutica.

Como se describe luego, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la interacción entre: (a) la formulación del caso en términos de la presencia de focos terapéuticos, (b) la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y (c) la severidad clínica del paciente, realizando una investigación de caso único sistematizada en series de tiempo, a lo largo de un tratamiento psicodinámico focalizado completo. Se buscaron efectos predictivos entre las variables enunciadas, con la intención de comprender de manera sistemática el proceso de tratamiento analizado y la manera en que los pacientes pueden beneficiarse de un abordaje terapéutico de orden psicodinámico.

Se propuso integrar, en un diseño de caso único, las dimensiones de formulación del caso, adherencia técnica, foco terapéutico y severidad clínica. Esta integración buscó contribuir a la comprensión empírica de los mecanismos de cambio en psicoterapia psicodinámica, desde un enfoque centrado en la singularidad del proceso terapéutico, pero apoyado en herramientas de medición sistemática y comparativa.

Se considera que el presente trabajo reviste especial relevancia para el campo profesional de la psicoterapia psicodinámica, ya que propone un análisis detallado y

sistemático de la interacción entre elementos centrales del proceso terapéutico: la formulación de caso a través de focos terapéuticos, la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y la evolución de la severidad clínica del paciente.

A través del estudio de un caso único con seguimiento completo de 54 sesiones, esta investigación permite explorar el modo en que estas variables se articulan y afectan mutuamente en el curso de una terapia focalizada. El abordaje de objetivos específicos orientados a identificar efectos predictivos entre dichas variables aporta evidencia empírica sobre la coherencia y eficacia del enfoque psicodinámico, así como sobre la importancia de la consistencia técnica y la claridad en la formulación de los focos terapéuticos.

Además, el empleo de instrumentos validados como el OPD-2, el OQ-45.2, el CPPS y la Escala de Presencia de Foco permite una evaluación rigurosa y multifacética tanto del proceso como del resultado terapéutico. De este modo, este trabajo contribuye a la integración entre investigación y práctica clínica, ofreciendo insumos relevantes para el desarrollo de tratamientos más eficaces y técnicamente consistentes dentro del campo de la psicoterapia psicodinámica contemporánea.

En definitiva, el presente trabajo intentó integrar el campo de la investigación empírica y la clínica psicoanalítica con la intención de acercar las brechas entre ambas prácticas y que puedan nutrirse mutuamente. De esta manera, se ha buscado generar evidencia clínicamente relevante, utilizando procedimientos empíricos orientados a dar respuesta a preguntas de origen clínico.

Organización del escrito

Luego de esta introducción, el escrito desarrolla el marco teórico y el estado del arte vinculados con la presente investigación. La sección siguiente detalla los métodos empleados, en términos de muestra, materiales, procedimientos y aspectos éticos involucrados. Posteriormente, se incluyen el análisis de datos y los resultados obtenidos, para luego ofrecer una sección dedicada a la discusión y las conclusiones. El escrito finaliza con las referencias bibliográficas. A lo largo de todo el trabajo se han seguido las normativas APA en su séptima versión, en términos de citado, referenciados, formato de tablas y estructura de títulos y subtítulos.

Marco teórico y estado del arte

La presente investigación se inscribe en el marco de los estudios clínicos psicodinámicos que exploran los procesos de cambio en psicoterapia focalizada, a través del análisis de un caso único con registros de series temporales. A continuación, se articula el estado actual del conocimiento con los ejes conceptuales que sustentan este estudio: la formulación del caso, los focos terapéuticos, la adherencia técnica del terapeuta, la severidad clínica del paciente y las trayectorias de cambio.

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)

Durante las últimas décadas se han realizado diversos esfuerzos tendientes a la sistematización de los procesos diagnósticos en psicoterapia que permitan tanto su conceptualización como la indicación y planificación del proceso terapéutico. En este sentido, este trabajo presentó los aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2; Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) como una herramienta útil que contribuye a la formulación del caso y a la organización del material clínico, a partir de la generación de un perfil psicodinámico con criterios sistemáticos.

El OPD es una herramienta surgida en Alemania, que se utiliza para el diagnóstico, la indicación y la planificación en terapia psicodinámica. La primera versión del sistema tuvo origen a mediados de los 90s, como fruto del trabajo multidisciplinario en materia de salud mental de un grupo de psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras, cuyo propósito era complementar las clasificaciones usuales de los trastornos mentales, basadas en criterios descriptivo-sintomatológicos, con dimensiones psicodinámicas fundamentales (Cierpka et al., 2010; Vanegas & de la Parra, 2020).

La segunda versión del sistema (OPD-2) surgió en 2006. El OPD-2 amplió su espectro de utilización desde lo exclusivamente diagnóstico hacia una herramienta que sirviera a los fines de la planificación de la psicoterapia, la focalización y la evaluación de los cambios obtenidos por ella. En este sentido, el OPD-2 busca identificar los recursos personales de los pacientes que resultan contributivos para una psicoterapia, intenta conceptualizar las interrelaciones entre los ejes que lo componen, y facilita la planificación terapéutica a partir de la determinación de focos psicoterapéuticos. El

OPD-2 integra un conjunto de herramientas generadas desde el campo psicodinámico que actualmente están disponibles, tanto para el trabajo clínico como para la investigación empírica (Juan et al., 2021).

El manual OPD-2 consta de cinco ejes operacionalizados que proporcionan un marco para la comprensión y el diagnóstico de trastornos psicológicos desde una perspectiva psicodinámica. Los cinco ejes que componen el diagnóstico psicodinámico multiaxial son: (1) Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento, (2) Relación, (3) Conflicto, (4) Estructura, y (5) Trastornos mentales según sistemas DSM-CIE.

El objetivo central del sistema OPD es obtener una comprensión profunda y detallada de la dinámica psicológica del paciente. Este diagnóstico psicodinámico permite realizar una planificación de la psicoterapia que guíe el tratamiento. Para lograr este objetivo, el OPD-2 utiliza los cinco ejes mencionados que se enfocan en diferentes aspectos de la experiencia psicológica del paciente (la vivencia de la enfermedad, los patrones de relación, los conflictos internos y la estructura psíquica). Así, este instrumento busca vislumbrar cómo interactúan dichas dimensiones para crear la dinámica psicológica única de cada paciente, identificando los patrones de comportamiento y pensamiento que causan malestar emocional y que pueden ser modificados a través de una psicoterapia (Bernardi, 2010; Juan et al., 2024).

En resumen, el OPD-2 busca complementar las clasificaciones descriptivas DSM/CIE desde una perspectiva psicodinámica; generando conceptualizaciones y planes de tratamiento psicodinámicos ajustables para cada paciente. Al mismo tiempo, se trata de una herramienta que ofrece criterios operacionales de planificación terapéutica mediante el establecimiento de focos. Sobre la base de estos criterios, entonces, el OPD-2 vincula una evaluación diagnóstica transversal (cinco ejes diagnósticos) con una evaluación de proceso longitudinal (medición del cambio terapéutico en los focos de trabajo clínico). Tanto la clasificación diagnóstica como la medición del cambio terapéutico están basadas no sólo en los aportes teórico-clínicos del campo psicoanalítico, sino también en los resultados de la investigación empírica en psicoterapia (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Formulación psicodinámica de caso, práctica clínica e investigación empírica

Como se ha desarrollado anteriormente, la formulación del caso refiere al modo sistemático de entender el material clínico tomando en consideración las causas y las influencias que precipitan y mantienen las dificultades psicológicas, interpersonales y conductuales de un paciente. Diversos autores (Fenichel, 1945; Perry, Cooper y Michels, 1987) han señalado que la formulación psicodinámica de un caso examina la severidad de la neurosis inferida, el beneficio secundario de la enfermedad, la transferencia tanto positiva como negativa y los potenciales modos y formas de resistencia. En este sentido, se focalizaba primordialmente en el significado y el uso que el paciente haría del tratamiento.

De modo histórico en psicoanálisis, la formulación del caso ha tomado la forma de narrativas que el clínico construye desde su intercambio con el paciente. Sólo a partir de la segunda mitad del siglo pasado, comenzó a surgir la necesidad de sistematizar el proceso mediante el cual se conceptualiza una situación clínica y se planifica el abordaje terapéutico, en consonancia con el creciente interés por estudiar empíricamente los procesos y resultados de los tratamientos. Un ejemplo pionero que se puede destacar en esta línea es el trabajo de Lester Luborsky (1977) en el diseño del Tema Central del Conflicto en las Relaciones (CCRT por la sigla en inglés de Core Conflictual Relationship Theme) que constituye uno de los modelos mayormente estudiados en el contexto de investigaciones empíricas en psicoterapia psicodinámica.

Otros estudios como el de Kächele y equipo (2009) concluyeron en su revisión sobre estudios psicoanalíticos de caso único que la mayoría de los datos disponibles carecían de criterios sistemáticos que permitieran una investigación empírica sólida. Esto se debe al uso de narrativas y viñetas de caso único no sistemáticas. Ante esta evidencia, los autores sugirieron ir más allá de las narrativas psicoanalíticas y avanzar hacia estudios empíricos sistemáticos de caso único. De esta manera, consideraron que este cambio metodológico es una forma poderosa de identificar los aspectos centrales del proceso y el resultado en el psicoanálisis y los enfoques psicodinámicos.

De este modo, se fue conformando un amplio campo de terapias basadas en el psicoanálisis, que hoy pueden englobarse bajo el término “psicodinámicas”. Siguiendo a Gabbard (2000/2002), dicho término alude hoy a una familia de abordajes que tienen su base en la teoría y técnica psicoanalíticas, fundamentalmente los conceptos de

inconciente, resistencia y transferencia. Al mismo tiempo, se diferencian del psicoanálisis estándar, en términos de duración de los tratamientos, dispositivos clínicos, la inclusión central de estrategias de focalización, y el repertorio técnico del terapeuta en general, quien posee un perfil mucho más activo y estructurado. Además, la atención clínica no está circunscripta únicamente a conflictos intrapsíquicos, y aparece como gran campo de aplicación las vulnerabilidades de la estructura psíquica (De la Parra et al., 2016; Juan et al., 2019). Dentro de este contexto, la aproximación moderna a las terapias psicodinámicas implica la sistemática formulación del caso y el establecimiento de focos terapéuticos, tanto para comprender la situación del paciente como para entablar una buena alianza de trabajo y planificar el tratamiento (Summers & Barber, 2010). Asimismo, la formulación de caso está directamente involucrada con la identificación de aquellos mecanismos fundamentales de cambio, propios de las terapias basadas en el psicoanálisis.

En la misma línea, más recientemente, algunos trabajos han sugerido el uso de investigaciones psicodinámicas de caso único en series temporales que analizan variables de proceso y cambio medidas repetidamente a lo largo de los tratamientos (Gottdiener & Suh, 2012; Tillman et al., 2011). Este tipo de investigación pretende mejorar las posibilidades de los estudios de caso único para identificar los mecanismos de cambio. Sin embargo, las investigaciones que emplean estos enfoques metodológicos son escasas.

Adicionalmente, es dable destacar que dentro del psicoanálisis diversas posturas (teóricas y de investigación empírica) confluyen en la necesidad de una respuesta psicoanalítica a los diagnósticos descriptivos DSM y CIE (ver, por ejemplo: Barreira, 2016; Gabbard, 2000/2002). De hecho, el ya mencionado OPD-2 es un claro esfuerzo en dicha dirección, como será detallado más adelante, en el sentido de que complementa las clasificaciones descriptivas DSM/CIE desde un punto de vista psicodinámico, e integra diversos aportes de la investigación empírica a la práctica clínica (Bernardi, 2010; de la Parra et al., 2023; Juan & Gómez Penedo, 2020).

Un replanteo necesario dentro del campo del psicoanálisis implica que para seguir siendo reconocido, deberá aceptar nuevas formas de validación respecto de sus procesos y resultados. De lo contrario, se irá condenando al ostracismo y no será incluido en epidemiología, planes y sistemas de salud. Asimismo, es imprescindible

una reconsideración de la interacción entre los conocimientos y la metodología, de manera tal de que el psicoanálisis no quede ajeno a la necesidad de criterios respecto a su teoría y técnica para explicar sus procedimientos y sus efectos (Kernberg, 2021). De hecho, la utilidad que presenta el OPD-2 trasciende la dimensión diagnóstica, debido a que se trata de una herramienta útil orientada a la planificación de la psicoterapia, la focalización y los cambios obtenidos durante el transcurso del proceso terapéutico (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Contribuciones de la formulación del caso al campo psicodinámico

La formulación del caso constituye un pilar fundamental en la práctica psicoterapéutica contemporánea, especialmente dentro del enfoque psicodinámico debido a que permite articular el diagnóstico con la planificación del tratamiento, integrando teoría, técnica y singularidad clínica. Lejos de reducirse a una descripción diagnóstica, se trata de una hipótesis comprensiva del funcionamiento psíquico del paciente, que integra aspectos subjetivos, intersubjetivos y contextuales.

En el marco de la orientación psicodinámica, Bernardi et al. (2016) sostienen que la formulación psicodinámica del caso permite construir una hipótesis comprensiva del malestar psíquico, articulando aspectos subjetivos e intersubjetivos a través de dimensiones diagnósticas, etiopatogénicas, terapéuticas y evolutivas. En este sentido, se destaca el valor de herramientas como el OPD-2, el PDM y los criterios del DSM-5, que permiten una evaluación estructural más precisa del funcionamiento psíquico y de los recursos y obstáculos del paciente.

Específicamente, el OPD-2 ofrece un marco semi-estructurado que permite vincular dimensiones estructurales, conflictos inconscientes y patrones disfuncionales de relación con la experiencia subjetiva de padecimiento del paciente. En su conjunto, esto ofrece la posibilidad de establecer una planificación del tratamiento orientado a las necesidades específicas de quien consulta. Estos hallazgos sugieren que la formulación no sólo guía la intervención, sino que también fortalece los procesos relacionales esenciales para el cambio terapéutico.

Desde un punto de vista empírico, se ha documentado que una formulación bien construida mejora la capacidad de respuesta del terapeuta y favorece resultados positivos, al ofrecer un marco integrador que orienta la selección y el momento de las

intervenciones (Eells, 2007; Persons, 2008). Por el contrario, la falta de revisión sistemática de la formulación o rigidez en su aplicación puede contribuir a fracasos terapéuticos, especialmente cuando el clínico desestima señales emergentes que indican la necesidad de redefinir la comprensión del caso (Safran & Muran, 2000; Castonguay & Hill, 2017). En este sentido, la formulación no debe entenderse como un modelo cerrado sino como una guía dinámica, pasible de ser reformulada a lo largo del proceso terapéutico en función de la evolución clínica y de la interacción terapéutica (Luborsky, 1984; OPD Task Force, 2008).

Ghaderi (2011), por su parte, discute la eficacia clínica de la formulación de caso en diversos enfoques terapéuticos, y resalta sus beneficios en la personalización del tratamiento. Sin embargo, advierte sobre las dificultades metodológicas para evaluar su impacto debido a la flexibilidad inherente al proceso de formulación. Estudios recientes, como el de Kramer et al. (2019), evidencian que una formulación idiográfica basada en información específica del paciente predice positivamente el desarrollo de la alianza terapéutica en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Este hallazgo sugiere que la formulación no sólo guía la intervención, sino que también fortalece los procesos relacionales esenciales para el cambio terapéutico.

Si bien hemos destacado su potencial clínico, cabe mencionar que la formulación puede transformarse en un factor de riesgo cuando no se actualiza a lo largo del tratamiento. Por lo tanto, se enfatiza la necesidad de mantener la formulación como una guía flexible y dinámica, capaz de adaptarse a los cambios subjetivos que emergen del proceso.

En el campo de la investigación, sin embargo, la operacionalización de la formulación sigue enfrentando desafíos metodológicos significativos. Aunque estudios recientes han comenzado a cuantificar elementos ideográficos - por ejemplo, el grado de "amabilidad interactiva" en pacientes con trastorno límite - y han demostrado su capacidad predictiva sobre la alianza terapéutica y otros indicadores de proceso (Zilcha-Mano, 2017; Ehrental et al., 2019), todavía se trata de una herramienta infrutilizada en estudios longitudinales. Este trabajo busca contribuir a ese campo incipiente mediante el análisis de un caso único completo, en el que se examina la

coherencia entre formulación del caso, presencia de focos terapéuticos, adherencia a intervenciones psicodinámicas y evolución de la severidad clínica.

Los focos terapéuticos: delimitación, presencia y efectos

La formulación del caso permite identificar focos terapéuticos prioritarios, entendidos como núcleos de conflicto o déficit estructurales relevantes para el malestar del paciente. Bernardi et al. (2016) remarcan que estos focos deben ser seleccionados en función del motivo de consulta, los recursos disponibles y las posibilidades de elaboración psíquica en cada etapa del tratamiento. En este sentido, la teoría estructural de Rudolf (2006/2017) introduce una guía sistemática para focalizar la intervención en disfunciones del yo, tales como dificultades en la regulación afectiva, el control de impulsos o la mentalización.

En las psicoterapias focalizadas, la definición clara de focos terapéuticos constituye un organizador central de la técnica. La literatura especializada señala que los tratamientos que logran delimitar y sostener uno o más focos clínicamente relevantes —por ejemplo, una defensa rígida, una pauta relacional disfuncional o un conflicto intrapsíquico— presentan mejores resultados que aquellos donde la intervención se dispersa.

Tal cual revisan Juan y equipo (2023) la teoría y la técnica psicodinámica entienden los focos terapéuticos como los problemas psicodinámicos centrales del paciente. Los focos tienen el estatus de una hipótesis psicodinámica, esto implica que debe producirse algún nivel de cambio en relación con estas áreas problemáticas para lograr una reducción o eliminación de los síntomas y quejas del paciente. Los niveles de cambio dependen de la forma en que los pacientes luchan con dichas áreas problemáticas y del grado en que se trabaja cada foco durante el tratamiento.

Hasta la fecha, las investigaciones sobre terapia psicodinámica han demostrado que la elección y el mantenimiento de un foco son útiles para facilitar un resultado positivo (Diamond et al., 2025; Diener et al., 2007; Summers et al., 2013). Estos trabajos enfatizaron la importancia del establecimiento de un foco en el proceso terapéutico, ya que puede ayudar a los profesionales a obtener una comprensión más clara y coherente de la psicopatología de sus pacientes y, por lo tanto, dar lugar a mejores resultados en los tratamientos. Los estudios empíricos sugieren que la

elección y sostenimiento de un foco a lo largo del tratamiento facilita una mayor claridad clínica, promueve la coherencia técnica y se asocia a su vez con mejores resultados.

Asimismo, si bien se encuentran varias formas de definir la noción de foco, muchos autores coinciden en que presenta las siguientes ventajas: puede ser identificado tempranamente, permite consolidar el material reduciendo los problemas del paciente a algo que puede ser abordado en la terapia, y reduce la duración de los tratamientos. Por otro lado, otorga forma y sentido al material y puede contribuir a eliminar un sentimiento de desarticulación por parte del paciente (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). El modelo OPD-2 propone que los focos se definan sobre la base de una jerarquización diagnóstica que contemple tanto la estructura como el conflicto y la relación. Asimismo, plantea que los focos deben ser clínicamente relevantes, dinámicamente comprensibles y accesibles al trabajo terapéutico. Estos criterios permiten una selección anclada en el malestar del paciente y no en la preferencia teórica del terapeuta.

En esta perspectiva, el foco se considera un centro de gravedad temático, construido a partir de la interacción terapéutica y sobre la base del material proporcionado por el paciente, así como de la capacidad del terapeuta para comprenderlo y concebirlo (Thöma & Kächele, 1985/1989). Además, el foco no es siempre uno o el mismo durante el proceso psicoterapéutico. Esto significa que el foco no es unívoco ni estático ya que puede modificarse en función de la evolución del tratamiento, del cambio clínico del paciente y de nuevas comprensiones emergentes del vínculo terapéutico. Su delimitación otorga estructura, define el campo del trabajo clínico y puede reducir la experiencia de dispersión subjetiva del paciente.

La presente investigación incorpora una *Escala de Presencia de Foco* para evaluar el grado en que las sesiones mantienen una dirección coherente con los focos establecidos. Esta decisión metodológica responde a la necesidad de articular el marco conceptual con una estrategia empírica que permita examinar la conexión entre formulación, técnica y cambio clínico.

El uso de herramientas sistemáticas para la formulación dinámica de casos

Es importante señalar las posibilidades que otorga el OPD-2, ya descrito más arriba, en términos de una herramienta sistemática para la formulación del caso en terapia psicodinámica, a la vez que una modalidad de procesamiento de material clínico y el establecimiento de focos de trabajo psicoterapéuticos. De hecho, la utilidad que presenta el OPD-2 trasciende la dimensión diagnóstica, debido a que se trata de una herramienta útil orientada a la planificación de la psicoterapia, la focalización y los cambios obtenidos durante el transcurso del proceso terapéutico (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Con el soporte otorgado por el OPD-2 se genera un diagnóstico preciso de la aproximación del paciente a la terapia, los aspectos vivenciales de sus problemas y el tipo de tratamiento que parece más indicado, identificando las conflictivas intrapsíquicas más significativas del paciente.

Este proyecto empleó la Escala de Presencia de Foco Terapéutico desarrollada por Dagnino y De la Parra (2009) que permite evaluar el grado en que un terapeuta mantiene y trabaja con un foco terapéutico, específicamente en enfoques psicodinámicos. La mencionada escala se basa en los principios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2), particularmente en su énfasis en la identificación y trabajo con focos terapéuticos al interior de un tratamiento psicodinámico, en términos de patrones relacionales, conflictos intrapsíquicos y vulnerabilidades estructurales (ver también Dagnino et al., 2014; Juan et al., 2019). Esta herramienta aporta un marco para analizar la coherencia técnica del terapeuta y su relación con los momentos de cambio clínico observados en la evolución del paciente.

Una vez hecha esta aclaración, resulta pertinente destacar un aspecto central vinculado con la selección del foco terapéutico y la planificación del tratamiento. Desde la publicación de su primera versión, el sistema OPD se ha concebido no sólo como un modelo diagnóstico psicodinámico, sino también —y cada vez con mayor respaldo empírico— como una herramienta clínica para estructurar y orientar la psicoterapia, a partir de la identificación sistemática de focos terapéuticos (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Los focos terapéuticos, según el modelo OPD, se definen como áreas problemáticas nucleares del funcionamiento psíquico que organizan el trabajo clínico y se constituyen en hipótesis psicodinámicas operativas, cuyo abordaje sistemático favorece la posibilidad de generar cambios terapéuticos significativos. El manual OPD distingue tres tipos principales de foco: un foco relacional, focos de conflicto y focos de estructura.

El foco de la relación se refiere a los patrones repetitivos y disfuncionales de relación interpersonal que generan malestar subjetivo y sufrimiento en el paciente. Estos modelos relacionales internalizados suelen reactivarse en el vínculo terapéutico, por lo que constituyen un eje privilegiado de intervención en la transferencia.

Por su parte, el foco de conflicto remite a la presencia de conflictos intrapsíquicos inconscientes, que expresan tensiones entre deseos, necesidades, afectos y defensas. Estos conflictos no resueltos suelen manifestarse en forma de síntomas, inhibiciones, dificultades vinculares o malestar emocional persistente.

Finalmente, el foco de estructura alude a déficits o fragilidades en funciones psíquicas básicas, como la regulación emocional, la percepción diferenciada del self y del otro, la identidad, la empatía o la integración afectiva. Este tipo de foco suele requerir intervenciones predominantemente de sostén, orientadas a fortalecer capacidades estructurales y promover una mayor autorregulación.

Esta distinción entre tipos de foco permite al terapeuta seleccionar las intervenciones más adecuadas según el nivel de funcionamiento del paciente y el eje principal de su sufrimiento psíquico, estableciendo así una guía estratégica para el proceso terapéutico.

El estudio del cambio en terapia psicodinámica

Al interior del campo de la psicología clínica, se han desarrollado más de 400 modelos psicoterapéuticos (véase, por ejemplo: Feixas & Miró, 1993; Lambert, 2013) que proponen diversas teorías sobre el funcionamiento mental y sus formas patológicas, así como diferentes técnicas para abordar estos problemas. Al mismo tiempo, si bien estos modelos de psicoterapia son heterogéneos, comparten un objetivo común: producir un cambio o una modificación del estado inicial del paciente.

En las últimas décadas, la investigación en psicoterapia se ha centrado con mayor hincapié en lo referente a la evaluación del cambio.

Aunque el cambio se ha convertido en la principal medida de resultado a la hora de evaluar los efectos de la psicoterapia (Ogles, 2013), existe poco consenso en torno a aquellos mecanismos de cambio específicos que son necesarios para alcanzar dicho objetivo final de un tratamiento. En otras palabras, mientras que los diferentes modelos de tratamiento están en su conjunto interesados en producir un cambio, aún carecemos de consenso respecto a los pasos y trayectorias intermedias que conducen a ese cambio sustancial, es decir, cuáles son los mecanismos centrales de cambio que tienen lugar durante una determinada psicoterapia (Gómez Penedo et al., 2017)

Actualmente, existen diferentes debates metodológicos sobre las mejores formas de identificar los mecanismos de cambio. Barber y sus colegas (2013, 2015) revisaron los mecanismos de cambio subyacentes a las terapias psicodinámicas que habían sido operacionalizados y sometidos a prueba. Encontraron cinco mecanismos, entre ellos: la obtención de insight, el aumento de las defensas adaptativas, la disminución de la rigidez, la mejora de la calidad de las relaciones de objeto y el aumento del funcionamiento reflexivo (es decir, la mentalización). Con respecto a estos mecanismos, la investigación sugiere que: (a) una peor calidad de las relaciones objetales se asocia con una mayor sintomatología, (b) el insight, las defensas y la calidad de las relaciones objetales cambian junto con los síntomas, y que (c) las defensas y la calidad de las relaciones objetales moderan el resultado de la terapia.

De este modo, la evidencia empírica muestra que la mejora en las áreas mencionadas precedentemente se asocia con una disminución de la sintomatología y que al mismo tiempo estos procesos pueden actuar como mediadores y moderadores para el resultado psicoterapéutico.

Si bien contamos con este tipo de evidencia sobre la efectividad de las terapias basadas en el psicoanálisis, todavía resta recorrer un camino para conocer cómo interactúan diferentes dimensiones de cambio al interior de un tratamiento. El presente proyecto buscó aportar evidencia en dicha dirección, analizando cómo interactúa la formulación del caso, la adherencia del terapeuta y la severidad clínica, a lo largo de un tratamiento psicodinámico completo.

Considerando los cambios a lo largo del tiempo en un paciente, un estudio de caso único puede ser útil para identificar cómo interactúan diferentes dimensiones de cambio a lo largo de un tratamiento psicodinámico focalizado completo. Esto, a su vez, puede contribuir a la identificación de los mecanismos de cambio, en el sentido de los pasos y el camino que toma el cambio durante una psicoterapia psicodinámica (Hayes et al., 2007; Luyten et al., 2017; Zilcha-Mano & Barber, 2014). En última instancia, este conocimiento podría ayudar a mejorar los procesos y resultados de la psicoterapia psicodinámica.

Aun así, es dable reconocer que el cambio en psicoterapia es complejo, a menudo no lineal y depende de múltiples factores de interacción. En este sentido, el análisis de estudios de caso único se presenta como una vía metodológica fértil para explorar los pasos intermedios y las trayectorias de cambio clínico a lo largo de un tratamiento psicodinámico completo (Hayes et al., 2007; Juan et al., 2023, Zilcha-Mano & Barber, 2014). Los objetivos de la presente investigación intentan apuntar a dicha dirección, analizando con precisión la articulación entre los focos terapéuticos, la adherencia del terapeuta y la severidad clínica del paciente, a lo largo de un caso único completo de terapia dinámica focal, empleando una estrategia de series temporales, tal cual será descrito en la sección de métodos.

Adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas

La adherencia del terapeuta hace referencia al grado en que sus intervenciones se ajustan a un marco teórico determinado, en este caso, a los principios de la psicoterapia psicodinámica. En investigaciones sobre procesos terapéuticos, la adherencia se considera una variable fundamental para evaluar la fidelidad de la implementación del tratamiento, y la manera en que puede influir en los resultados clínicos obtenidos por el paciente (Hilsenroth et al., 2005).

En el contexto de enfoques psicodinámicos, la adherencia implica la utilización de intervenciones que promuevan la exploración de conflictos inconscientes, la interpretación de defensas y transferencias, la clarificación de patrones relacionales repetitivos y la vinculación con experiencias tempranas. Este tipo de intervenciones no sólo reflejan una orientación teórica, sino que también forman parte del trabajo estructurado en torno a los focos dinámicos del tratamiento, los cuales organizan el

proceso terapéutico en relación con núcleos conflictivos delimitados (Luborsky, 1984; Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Implica, además, la capacidad del terapeuta para sostener una actitud analítica, fomentar la exploración del mundo interno del paciente y mantener un encuadre técnico que favorezca la emergencia y elaboración de contenidos inconscientes. Según Høglend et al. (2006), la adherencia terapéutica es un factor esencial para garantizar la fidelidad al modelo y se asocia con la efectividad clínica, especialmente cuando se trata de intervenciones basadas en la exploración de procesos inconscientes y relaciones objetales internalizadas.

Lejos de ser una variable exclusivamente técnica, la adherencia puede entenderse también como una expresión de la fidelidad del terapeuta al foco del tratamiento, y como un componente estructurante del encuadre clínico. Sin embargo, la eficacia clínica no depende solo de la aplicación rígida del modelo, sino también de la capacidad del terapeuta para adaptarse a las características singulares del paciente.

Para su evaluación, se han desarrollado instrumentos específicos que permiten codificar y clasificar las intervenciones verbales del terapeuta. Uno de los más utilizados en investigaciones recientes es la Escala Comparativa del Proceso Terapéutico (*Comparative Psychotherapy Process Scale*, CPPS). Se trata de una escala que permite discriminar el grado de adherencia a intervenciones psicodinámicas y cognitivo-conductuales (Hilsenroth et al., 2005). A través de su análisis, es posible establecer perfiles de intervención y examinar su consistencia a lo largo del tratamiento, así como su relación con variables clínicas y de proceso.

En el marco de la presente investigación, el análisis de la adherencia del terapeuta se considera clave para comprender cómo las intervenciones específicas se articulan con la formulación de focos y con la evolución sintomática del paciente. En particular, se busca indagar si existen patrones en la aplicación de técnicas psicodinámicas que se asocien con momentos de mayor o menor cambio clínico, considerando la adherencia no sólo como una variable de fidelidad técnica, sino también como un indicador del vínculo entre formulación y acción terapéutica.

De acuerdo a lo expuesto, también se puede agregar que el estudio de la adherencia se propone no sólo como un indicador de fidelidad técnica, sino también

como una vía para explorar cómo las decisiones clínicas del terapeuta se vinculan con el foco formulado y con los momentos de cambio que se promueven en el paciente.

Aunque la adherencia del terapeuta se ha discutido principalmente en referencia a los tratamientos manualizados, el concepto también puede aplicarse a las terapias guiadas por formulaciones de casos, en el sentido de que la formulación puede servir como un modelo individualizado de terapia para un paciente determinado. Se ha demostrado que la adherencia a una formulación precisa tiene un impacto positivo en el proceso y el resultado de una terapia. Sin embargo, no probar y reevaluar una formulación a lo largo de una terapia, a la luz de las necesidades e inquietudes emergentes de un paciente, puede resultar en un tratamiento fallido. Al permanecer abiertos a nueva información y reevaluar la formulación del caso a lo largo del tratamiento, los terapeutas pueden mejorar su capacidad de respuesta y disminuir la probabilidad de resultados negativos en la psicoterapia (Kealy & Curtis, 2025).

Por sólo mencionar una arista de este problema, en una investigación experimental, Høglend et al. (2006) encontraron que las interpretaciones transferenciales tienen un efecto positivo particular en pacientes con relaciones objetales menos maduras, mientras que en pacientes con estructuras más integradas, su efecto puede ser neutro o incluso levemente negativo. Este hallazgo cuestiona la creencia tradicional de que sólo los pacientes más estructurados se benefician del trabajo transferencial, y refuerza la necesidad de ajustar la adherencia técnica a las características específicas de cada caso.

Como se describe en la sección de métodos, la presente tesis utilizó la CPPS (Comparative Psychotherapy Process Scale) como instrumento de evaluación externa de las intervenciones del terapeuta. Su inclusión permitió observar la relación entre adherencia técnica, presencia de foco y evolución clínica.

Severidad clínica como variable de proceso y resultado

Un aspecto que el presente proyecto busca vincular con la adherencia del terapeuta radica en la severidad clínica del paciente. Dicho concepto hace referencia al grado de malestar psíquico y disfunción que presenta un paciente al momento de iniciar o durante el transcurso de un tratamiento. Se trata de una variable central en la evaluación de procesos y resultados terapéuticos, ya que permite establecer niveles

de sufrimiento subjetivo, interferencia en el funcionamiento cotidiano y sintomatología asociada (Lambert et al., 1996). En investigaciones psicoterapéuticas, la severidad clínica suele ser utilizada tanto como línea de base para evaluar el cambio, como también para identificar momentos críticos o puntos de inflexión a lo largo del proceso.

Una forma estandarizada y validada de medir esta variable es a través del Cuestionario de Resultados OQ - 45.2 (*Outcome Questionnaire-45.2*), un instrumento de autorreporte desarrollado por Lambert y colaboradores (1996) que evalúa tres dimensiones principales: malestar psicológico, relaciones interpersonales y funcionamiento social. El cuestionario se administra de forma repetida a lo largo del tratamiento, lo que permite realizar análisis de series temporales y observar trayectorias clínicas individuales.

El OQ-45.2 no sólo permite estimar el nivel de severidad clínica general, sino también identificar cambios clínicamente significativos, retrocesos o estancamientos en el tratamiento. De esta manera, su uso resulta especialmente relevante en estudios de caso único, en los que se busca un análisis detallado y sensible a la evolución sintomática del paciente sesión a sesión. A diferencia de otros abordajes centrados en medidas pre-post, el uso del OQ-45.2 en cada sesión posibilita trazar trayectorias individuales de cambio y detectar momentos críticos del proceso terapéutico.

La medición del cambio en psicoterapia ha sido una preocupación persistente en la investigación clínica. Gómez Penedo et al. (2017) destacan que existen múltiples formas de conceptualizar y evaluar el cambio, desde impresiones cualitativas hasta instrumentos cuantitativos como cuestionarios estandarizados. En este contexto, la OQ-45.2 emerge como una herramienta válida y confiable para registrar, sesión a sesión, el nivel de malestar psicológico, funcionamiento interpersonal y desempeño en roles sociales.

En el marco de esta investigación, el registro sistemático de la severidad clínica del paciente mediante el OQ-45.2 permitió explorar su posible relación con otras variables de proceso, como la presencia de foco terapéutico y la adherencia del terapeuta. Esta perspectiva busca no sólo describir la evolución clínica, sino también comprender cómo el vínculo entre formulación, técnica y respuesta del paciente puede incidir en los momentos de cambio o estancamiento dentro del proceso terapéutico.

¿Por qué efectuar investigación de caso único con series temporales?

La discusión sobre las estrategias más adecuadas para evaluar los mecanismos de cambio en psicoterapia implica necesariamente considerar qué tipo de diseño metodológico permite capturar la dinámica del proceso terapéutico. En este sentido, los estudios de caso que incorporan evaluaciones sistemáticas del cambio a lo largo de todo el tratamiento constituyen una alternativa especialmente pertinente para las terapias psicodinámicas focalizadas.

Kächele et al. (2009), en su revisión de estudios psicoanalíticos de caso único, señalaron que gran parte de la literatura disponible presentaba limitaciones importantes debido al uso predominante de narrativas clínicas y viñetas no sistemáticas, lo que dificulta la producción de evidencia empírica robusta. Frente a este escenario, los autores propusieron avanzar hacia estudios empíricos de caso único que utilicen criterios sistemáticos y mediciones repetidas, destacando que este giro metodológico permitiría identificar con mayor precisión los aspectos esenciales del proceso y los resultados terapéuticos en el psicoanálisis y en los enfoques psicodinámicos.

En los últimos años, diversos trabajos han retomado esta línea y han enfatizado el potencial de la investigación psicodinámica de caso único con series temporales, entendida como el análisis de variables de proceso y de cambio medidas de manera repetida a lo largo del tratamiento (Gottdiener & Suh, 2012; Tillman et al., 2011). A pesar de ello, la producción empírica que utiliza estos enfoques sigue siendo reducida (por ejemplo, Boswell et al., 2014; Roussos et al., 2016).

En este marco, los estudios de caso único con series temporales resultan especialmente útiles para examinar cómo los cambios estructurales del paciente — conceptualizados desde modelos como el OPD-2— se articulan con otras dimensiones del proceso terapéutico, tales como la severidad clínica, evaluada mediante instrumentos sensibles al cambio (por ejemplo, el OQ-45.2). Este tipo de análisis, al centrarse en la evolución intraindividual a lo largo de un tratamiento psicodinámico focalizado completo, puede aportar evidencia relevante para la comprensión de los mecanismos de cambio (Hayes et al., 2007; Luyten et al., 2017; Zilcha-Mano & Barber,

2014).

En última instancia, el uso de diseños de caso único con series temporales no solo contribuye a fortalecer la base empírica de las terapias psicodinámicas focalizadas, sino que también ofrece una vía rigurosa para articular la formulación del caso, los focos terapéuticos, la adherencia técnica y los cambios en la severidad clínica, elementos centrales en el presente estudio.

Captar estos fenómenos requiere evaluaciones repetidas a lo largo del tratamiento y el uso de análisis adecuados. En este sentido, el estudio de casos únicos con registros cuantitativos continuos se presenta como una estrategia especialmente valiosa para la investigación clínica, ya que combina la riqueza idiográfica con el rigor empírico. Estos hallazgos refuerzan la pertinencia de emplear un diseño de caso único con análisis de series temporales en el presente trabajo, ya que permite captar la complejidad del proceso terapéutico, la influencia de la presencia de foco y la adherencia técnica del terapeuta sobre la evolución clínica del paciente a lo largo del tratamiento.

Este trabajo se inscribe dentro de esa línea, proponiendo una integración metodológica entre la práctica clínica focalizada, la evaluación estructurada y el análisis de series temporales. Se espera así contribuir al desarrollo de un enfoque más sensible, procesual y personalizado del cambio terapéutico, que no eluda la complejidad inherente a los procesos de transformación psíquica.

Marco metodológico

Preguntas científicas

¿Cómo interactúa la formulación de caso, la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y la severidad clínica del paciente a lo largo de un caso único de terapia psicodinámica focalizada? ¿Qué secuencias de cambio pueden establecerse entre dichas dimensiones al interior de una terapia psicodinámica completa? ¿Qué dimensiones poseen efectos predictivos sobre otras? ¿Qué implicancias pueden extraerse para la práctica clínica y la investigación en el campo de las terapias basadas en el psicoanálisis?

Hipótesis #1

Una mayor presencia de focos terapéuticos predecirá una menor severidad clínica del paciente, a lo largo del tratamiento

Hipótesis #2

Las variaciones en la presencia de ciertos focos terapéuticos predecirán variaciones en la presencia de otros focos terapéuticos, a lo largo del tratamiento

Hipótesis #3

Las variaciones en la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas predecirán variaciones en la severidad clínica, a lo largo del tratamiento

Objetivos generales y específicos

Objetivo general

Analizar la interacción entre: (a) la formulación de caso en términos de presencia de focos terapéuticos, (b) la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y (c) la severidad clínica del paciente, a lo largo de un caso único de terapia psicodinámica focalizada.

Objetivos Específicos

#1. Analizar posibles efectos predictivos de la presencia de focos sobre la severidad clínica.

#2. Analizar posibles efectos predictivos de la presencia de ciertos focos terapéuticos sobre la presencia de otros focos terapéuticos.

#3. Analizar posibles efectos predictivos de la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas sobre la severidad clínica.

Participantes

Paciente: caso Gonzalo

Se tomaron los siguientes elementos para construir una viñeta clínica y una descripción del caso: (a) la transcripción textual de las primeras tres entrevistas del tratamiento, y (b) los comentarios del terapeuta respecto a sus impresiones iniciales sobre el paciente. En un trabajo previo del autor de esta tesis (Giunta, 2024) se ofrece mayor detalle sobre la descripción y el perfil psicodinámico del caso.

Datos personales y motivo de consulta. El paciente Gonzalo (seudónimo) tiene 30 años y se desempeña laboralmente en un puesto jerárquico de una empresa del rubro de sistemas. Su aspecto es cuidado y lo acompaña con un trato gentil y amable, incluso por momentos hasta seductor. Si bien se muestra colaborador y se expresa de modo amplio respecto a su situación, el terapeuta refiere que desde el inicio de su interacción se sintió evaluado por parte del paciente. Asimismo, también se pudo percibir cierta suspicacia e inseguridad proveniente del mismo.

Gonzalo realiza la consulta en el marco de un sistema prepago de salud en la Ciudad de Buenos Aires bajo el encuadre de una psicoterapia psicoanalítica focalizada de frecuencia semanal. La persona responsable de la derivación presenta al paciente como alguien joven que consulta por problemas de relación con las mujeres. Lo describe como un “paciente tranquilo, sano pero con conflictos para estar con una mujer sola”.

Al indagar sobre su motivo de consulta, lo explica de la siguiente manera: *“Vengo porque hoy lo que me está pasando es lastimar a una persona que yo hoy amo. Y además me estoy lastimando a mí. Yo tengo una relación amorosa hace 9 años (Susana). En esos años estuve con otras personas. Hace 1 año y medio conocí a alguien*

(Laura). No estoy viviendo una situación normal. Además, hubo otras esporádicas. Yo tuve una novia que fue con la que más sufrí en mi vida."

Cabe recalcar que se muestra angustiado y preocupado, le genera conflicto estar en pareja, pero al mismo tiempo hay otra chica con la que está en paralelo y lo ha movilizado ya que le interesa. Sobre su situación actual amplía comentando lo siguiente: *"Más que nada es el hecho de si realmente quiero estar en pareja, eh... estar en pareja con una sola persona y apuntar a ser feliz con... con una sola persona"*

Como dato relevante, en el transcurso de esta primera entrevista hace alusión a un desengaño importante, a una desilusión amorosa cuando tenía 23 años. Se trataba de una relación que mantuvo con una novia desde los 15 años llamada Marina y sobre la que refiere que en términos amorosos fue la ocasión en la que más sufrió. Al respecto, afirma que fue su primer amor, que estuvieron muy bien los primeros años y luego el vínculo se desgastó. Agrega que salía con otras chicas y comenzó a hostigar a Marina, amenazándola con la separación. Esto se repetía sistemáticamente hasta que Marina puso un límite y le dijo que no quería estar con él. Comenta que ella se puso firme y que de ahí en más su vida cambió para siempre, debido a que "se le vino el mundo abajo". A su vez, relata que en una ocasión fue a buscar a un compañero de trabajo de Marina del cual sospechaba, diciendo que si lo hubiese encontrado todavía lo estaría *"moliendo a trompadas"*.

Respecto a estas situaciones comenta que le agrada sentir que a la otra persona le gusta como hombre, agregando que tiene muy en claro que debía hacer las cosas de manera perfecta de modo tal que nadie se enterara de nada. Refiere que lo disfrutaba y se divertía. Asimismo, aclara que no se arrepiente de haber hecho siempre aquello que él sentía. Cuando el terapeuta indaga sobre posibles razones que expliquen esta conducta, afirma que le sucedía lo mismo que en la actualidad, que su pareja no lo llenaba sexualmente y que la rutina lo abrumaba. Sostiene este razonamiento valiéndose del argumento de que la mayoría de sus amigos y conocidos engañan a sus parejas.

Hacia el final de la entrevista, el terapeuta deja planteado como horizonte de trabajo la idea de "funcionar de otra manera", incluso le valora positivamente que ese funcionamiento haya hecho crisis y lo señala como una oportunidad para el cambio. Del mismo modo, refuerza la idea de que es importante que haya consultado, que habría

razones para hacer un tratamiento, y que podría beneficiarse de una terapia. Le aclara que será necesario mantener una serie de entrevistas de manera tal de elaborar un panorama de su situación; para que de modo conjunto puedan arribar a un acuerdo sobre “denominadores comunes” de lo que le pasa o “puertas de entrada” a lo que le sucede.

Cuando el terapeuta formula esto, se encuentra pensando en el concepto de foco y, específicamente, el concepto OPD-2 de foco (ver marco teórico y medidas). Finalmente, y a modo de cierre de una primera entrevista, le pide al paciente que piense durante la semana en qué podría ayudarle un tratamiento psicoterapéutico, en qué le gustaría lograr con un tratamiento; además de pedirle que comente en el próximo encuentro cómo se sintió durante la primera entrevista, y si algo de lo que se habló le resultó útil en algún aspecto.

Antecedentes y datos biográficos relevantes. Gonzalo vive solo, sus padres están casados y tiene hermanos con quienes refiere que mantiene una buena relación. Se siente bien respecto a su rendimiento en el área laboral y el terapeuta evalúa una buena capacidad de trabajo.

Como dato biográfico significativo, el paciente refiere que hace unos años ha fallecido su abuelo con quien mantenía un vínculo muy cercano. Al recordarlo se emociona hasta las lágrimas, por lo que el terapeuta tratante abre la hipótesis respecto al proceso de duelo que sería propicio trabajar. Sobre este abuelo, manifiesta que fue quien *“me dejó los valores de lo que realmente es una familia...mi papá no me dio nada de lo que es ese concepto de lo que es una familia. De mi papá lo entendí porque mi viejo quedó huérfano cuando era muy chico... Cuando él nació falleció la mamá. Aunque a mí particularmente, a mi viejo yo nunca lo vi ausente, mi viejo yo creo que estuvo siempre, es más, es una persona que al día de hoy siento que es una persona que...que está para mí en cualquier momento. Yo no quiero ser un padre como mi papá”*.

Sobre el vínculo con sus padres, afirma que no es una buena relación. Describe a su padre como una persona que tiene un carácter fuerte y dominante, que somete a su madre que cuenta con una personalidad más débil y frágil, de acuerdo a la vivencia del paciente.

En relación con la primera novia a la que hace mención en el motivo de consulta, fue una relación que mantuvo durante el ciclo escolar de la secundaria. Comenta que

se había cansado del noviazgo, pero que cuando la novia toma la iniciativa y decide plantear la separación, Gonzalo se obsesiona con ella y no puede evitar añorar ese vínculo. Relata que desde ese momento, y durante el transcurso de esa relación también, nunca ha estado exclusivamente con una sola mujer.

Evaluación al momento de la consulta. Se trata de un paciente que ha hecho un primer tratamiento psicoterapéutico hace unos ocho años. Al respecto dice: *“en algunas cosas me ayudó y en otras no tanto. Estuve un año. Me llevó (a tratamiento) el hecho de que necesitaba un espacio para mí. De todas las sesiones me llevaba un acertijo para resolver, y eso me molestaba. Le planteé que no quería ir más. Yo creo que se sintió desilusionado (el terapeuta)”*. Lo del “acertijo” lo explica diciendo que siempre terminaban las sesiones con reflexiones tipo enigmas que él tenía que resolver. El terapeuta infiere que se refiere a preguntas de elaboración. En este sentido, apunta como primera cuestión el hecho de que de su único tratamiento anterior tiene un recuerdo ambivalente respecto de si lo ayudó o no, que él decidió terminarlo, y que cree que su terapeuta quedó “desilusionado”.

Cuando el terapeuta lleva el diálogo a su momento actual y amplía el motivo de consulta, encuentra que el paciente llega a terapia luego de tres meses post - ruptura con Laura, a partir de que ésta descubre que Gonzalo lleva una relación paralela con Susana y decide interrumpir el vínculo. Aparentemente, el sentirse lejos de Laura provoca mucha angustia (podría definirse de tipo existencial o angustia de separación), desánimo, sensación de vacío y soledad.

Gonzalo refiere que “nunca se sintió tan mal”, que cree que incluso llegó a “deprimirse”. Entiende por “deprimirse” el estar triste en su casa, sintiéndose solo; pero al ser indagado no hay síntomas concretos de depresión, ni tampoco ideación o riesgo suicida. Tampoco hay antecedentes de crisis emocionales graves, internaciones, o riesgo para sí o terceros. El paciente no consume drogas, excepto por ingesta de alcohol que puede volverse excesiva cuando sale los fines de semana.

El terapeuta refiere que la parte más alentadora del paciente, la lee en la reflexión espontánea de Gonzalo acerca de que está cansado de vivir mintiendo, y de que le gustaría poder sentirse pleno con una mujer (aparentemente, en este momento, esa mujer sería Laura). El clínico realiza intervenciones que transmiten al paciente la idea de que él se ha dado cuenta de la necesidad de “otra forma de funcionar”. El

paciente puede tomar esto y reflexionar sobre ese asunto, pudiendo ser esto el puntapié inicial para que pueda instalarse en un tratamiento.

Gonzalo también dice “yo no tengo freno”, y explica que puede dejarse llevar por impulsos, por ejemplo, gastando mucho dinero en una salida. Esto lleva al terapeuta a pensar sobre aspectos relacionados con la regulación de los impulsos, el autocontrol y el control sobre los demás, y la dificultad para la renuncia pulsional y el modo en que eso influye en sus relaciones interpersonales.

Paralelamente describe a su entorno familiar. Si bien vive solo, tiene padres que se encuentran casados y hermanos, con los que mantiene una buena relación. Describe que se siente bien en su trabajo e impresiona con una buena capacidad laboral. No parece que el ámbito laboral sea un área de conflicto para Gonzalo.

De modo complementario, el terapeuta aclara el vínculo con Susana y Laura, ya que el relato del paciente superpone fechas y mujeres, y se torna complejo poder comprender el momento y vínculo que entabla con ellas. En este sentido, Gonzalo aclara lo que cada una de estas mujeres representa para él y lo que disfruta y comparte con ellas: *“A mí me llama la atención como algunas partes de las personas...eso me ataría, como diferentes factores en diferentes mujeres, por así decirlo”*.

De modo de ampliar lo que Gonzalo va vivenciando en estos encuentros, podemos agregar la siguiente afirmación: *“cuando yo le hablo de mí ella me ve desde otro punto de vista del que me puede ver un amigo o mi novia. Me vé como una persona un poco más externa y generalmente esos encuentros siempre son lindos... son unos encuentros lindos, que lo disfruto, que me gusta interactuar con esa persona desde el lugar donde está, que es... puede ser una noche, por semana o una noche cada 15 días”*.

Asimismo, el paciente afirma que busca una mujer que le interese tanto física como psicológicamente, y que pueda oficiar como una compañera de vida. Refiere al mismo tiempo que los amigos lo cargan porque sale de manera frecuente con distintas chicas y comenta que esas afirmaciones lo incomodan. Sobre esto, se podría pensar que si bien describe cómo disfruta de encuentros con diferentes personas donde puede explorar distintos aspectos de su personalidad y gustos, también revela cierta incomodidad con la percepción de sus amigos sobre sus relaciones con las mujeres, lo

que sugiere una preocupación por cómo es percibido por los demás y una sensibilidad hacia los estereotipos de género.

Por otro lado, también se indaga respecto a su modalidad vincular en el ámbito laboral, donde se pueden apreciar algunos rasgos autoritarios, que podrían ser utilizados para compensar sentimientos de inseguridad y dificultades en las relaciones interpersonales. Al relatar una dificultad que tuvo con un compañero de trabajo afirmó lo siguiente: *“yo voy a respetar tu opinión pero tenés que hacer lo que digo yo y eso a veces me enerva un poco, que la otra persona eh... no sé, me ponga excusa para hacer trabajos, o yo sienta que son excusas, me enerva, me pone neurótico... o ahora te lo llevo al plano mío emocional...eso a mí me saca. Necesito una persona que tenga al lado mío, una persona que tenga ehm... no sé, que sea más segura, que tenga más determinación en algunas cosas”*.

Por último, cuando el clínico le pregunta qué le gustaría lograr en el espacio terapéutico Gonzalo responde: *“no creo que precise la terapia para sentirme mejor conmigo mismo. Yo creo que necesito la terapia para solucionar el problema que tengo yo estando con una persona y buscando por otros canales otras personas, y lo que quiero solucionar acá es ver por qué yo hoy no puedo estar con la persona que yo elijo. Para estar bien con esa persona, o en el caso de que no esté bien con esa persona y tenga que buscar por otros canales otra persona para llenarme, a esa persona le pueda decir “che mira, yo...”...o es ir más allá de eso y decir: ¿realmente con vos me alcanza? o ¿realmente con alguien me va alcanzar?”*.

Esto dio pie al terapeuta para orientar al paciente y explicar cómo estuvieron trabajando durante estos primeros encuentros, en los que se abordó una exploración panorámica de distintas áreas del paciente para luego profundizar en aquellas que se presentaron como más problemáticas. De esta forma, el clínico plantea un horizonte de trabajo para Gonzalo enmarcando el proceso de acuerdo a las vicisitudes que se han presentado y otorgando un sentido a la tarea que los convocará a ambos en términos psicoterapéuticos.

Ejes temáticos de las dos entrevistas siguientes. Durante el transcurso de las dos entrevistas siguientes, el terapeuta tratante fue indagando diversas áreas para delimitar un perfil diagnóstico y dar cuenta de las situaciones problemáticas en las que se encontraba inmerso Gonzalo. A partir de la exploración realizada, podemos

distinguir la inconstancia del paciente en sus relaciones objetales, su voracidad en términos de una dependencia de los objetos externos para satisfacer sus necesidades, y las consecuencias de estos dinamismos expresadas en su dificultad para el establecimiento de relaciones saludables: *“No, digo a ver, eh... la pareja, creo que uno siempre busca... no sé, estoy enfermo o algo, uno busca un mimo decir bueno “¿cómo estás?” “¿necesitás algo?” “voy a tu casa”, pero no, no es que... no busco en la pareja eso, yo creo que una pareja, lo que vengo diciéndote seguido, busco una persona que me interese tanto física como... psi-, psicológicamente también, no sé, como el... también, no sé. Cumpla todos los atributos para que sea una compañera de vida”*.

Durante la segunda entrevista queda expuesta la dificultad de Gonzalo para regular sus impulsos, lograr pensar antes de actuar y su consecuente inestabilidad emocional. El registro de la incomodidad que esto le provoca al paciente se puede apreciar en la siguiente expresión: *“Círculo de mentiras que ya no tengo las fuerzas para soportarlo”*. De este modo, queda expuesto el inconveniente y desagrado que a Gonzalo le provoca el tipo de modalidad vincular que ha establecido como patrón de relación con sus potenciales parejas. Por otro lado, de las entrevistas siguientes se fue desprendiendo la posibilidad para Gonzalo de presentar conflictos para comprometerse con una sola mujer, vinculadas también con su dificultad para la renuncia pulsional y la regulación de sus impulsos. Esto nos habilita a pensar sobre su dependencia emocional, su temor al compromiso y el control sistemático que ejerce en sus vínculos, tema que será retomado al plantear el perfil OPD-2 del caso.

En síntesis, de las entrevistas siguientes surgió material a partir del cual inferir en Gonzalo dificultades para la regulación de los impulsos, dependencia emocional en las relaciones interpersonales, temor al compromiso y un uso del control sobre el otro como mecanismo de defensa. Esto configuraba una compleja interacción entre los conflictos emocionales, los patrones de relación y las estrategias de afrontamiento del paciente.

Al finalizar la tercera entrevista, el terapeuta tratante aclara a Gonzalo que las primeras entrevistas han estado dirigidas a contar con un panorama general de la situación planteada y luego vendrá una etapa en la que se profundizará en algunos temas. Esto resulta de relevancia a los efectos de orientar a Gonzalo en el propósito del

trabajo terapéutico, tomando en consideración que, en la fase de apertura de la psicoterapia, el paciente trata de orientarse en una situación nueva, desorganizante, que le es ajena y lo intranquiliza. Por eso es esencial que se construya una relación de confianza, proporcionando una atmósfera que haga sentir al paciente seguro y contenido. Este hecho fue intuido por el propio Freud (1912/2001) cuando planteó una transferencia de sentimientos tiernos y amistosos, susceptible de conciencia, que funcionara como facilitadora de análisis de las transferencias positiva erótica y negativa agresiva.

De esta manera, se destaca la importancia de una actitud activa por parte del terapeuta para abrir el material psíquico a trabajar, como así también de adecuar la técnica dependiendo de las necesidades particulares de la persona. En esta dinámica, el clínico, proporciona orientación y apoyo a Gonzalo mientras exploran juntos los desafíos emocionales y psicológicos que enfrenta el paciente. Se destaca la importancia de la empatía, la comprensión y la colaboración en el proceso terapéutico.

Tal cual se detalla a continuación, este material sintetizado que ha sido producto de los tres primeros encuentros, será la materia prima para describir principalmente los ejes diagnósticos de relación, conflicto y estructura propuestos por el sistema OPD. Asimismo, esto permitirá delimitar el perfil OPD de Gonzalo y a su vez establecer posibles focos para su tratamiento.

Síntesis de la descripción del caso analizado. Al momento de la consulta, Gonzalo (seudónimo), un joven de clase media, tenía 30 años y estaba soltero. Vivía solo y trabajaba en una importante empresa de software en Buenos Aires, Argentina. Había iniciado su primer tratamiento ocho años antes porque “necesitaba un espacio para sí mismo”. El motivo de consulta actual estaba relacionado con sentirse atrapado en problemas vinculares, que involucraban dos parejas que mantenía en paralelo (Susana y Laura). En concreto, Gonzalo acudió a terapia tres meses después de que Laura finalizara la relación tras descubrir el vínculo paralelo con Susana. La pérdida de esta pareja le generó mucha ansiedad, desánimo, una sensación de vacío y soledad. Gonzalo expresó que “nunca se había sentido tan mal” y que creía haberse “deprimido”. Entendía por “deprimirse” estar triste en casa y sentirse solo; sin embargo, al ser interrogado, no se encontraron síntomas concretos de depresión, ni ideación suicida ni riesgo asociado. No presentaba antecedentes de crisis

emocionales graves, hospitalización, ni riesgos para sí mismo ni para terceros.

Gonzalo no consumía drogas, salvo alcohol, que podía ser excesivo cuando salía.

Su apariencia era prolija, y su actitud acompañaba con una manera amable, incluso seductora por momentos. Se mostraba cooperador y se expresaba ampliamente sobre su situación. El terapeuta que lo derivó lo había presentado como un joven que consultaba por problemas vinculares con mujeres, describiéndolo como un “paciente tranquilo, sano, pero con conflictos para estar con una sola mujer”.

Durante las primeras entrevistas, Gonzalo amplió su motivo de consulta, explicando: “Vengo porque hoy lo que me está pasando lastima a una persona que amo. Y también me estoy lastimando yo. Tengo una relación amorosa con Susana desde hace 9 años. En esos años estuve con otras personas. Hace un año y medio conocí a Laura. No estoy viviendo una situación normal. Además, hubo otras relaciones esporádicas”. Al explorar esta situación, Gonzalo mostraba angustia y preocupación. También comentó sobre un primer noviazgo en su adolescencia temprana que lo había marcado y, desde entonces, nunca había podido estar solamente con una mujer.

Hacia el final del proceso diagnóstico, expresó: “Más que nada me pregunto si realmente quiero estar en pareja, uh... estar con una sola persona y apuntar a ser feliz con... con una sola persona”. Respecto a estas situaciones, comentó que le gustaba sentir que las mujeres lo deseaban como hombre, agregando que sentía que debía hacer las cosas a la perfección para que nadie se enterara. También aclaró que no se arrepentía de haber hecho siempre lo que sentía.

Cuando el terapeuta indagó sobre posibles razones de esta conducta repetitiva, Gonzalo señaló que nunca se había sentido sexualmente pleno con una mujer, y que la rutina lo aburría. Sostuvo esta idea argumentando que la mayoría de sus amigos y conocidos también engañaban a sus parejas.

Como reflexión espontánea en las primeras entrevistas, Gonzalo manifestó estar cansado de vivir “una mentira”, y que le gustaría poder sentirse pleno con una sola mujer y “funcionar de otra manera”. Describió una buena relación familiar tanto con sus padres (casados) como con sus dos hermanos. Además, comentó que se sentía bien en su trabajo y que su desempeño laboral era bueno.

A través del OPD-2 (ver instrumentos y procedimientos), los focos terapéuticos

de Gonzalo se formularon en términos de: (a) patrones relacionales disfuncionales, (b) conflictos intrapsíquicos y (c) vulnerabilidades estructurales.

Terapeuta

Al momento de iniciar el tratamiento, el terapeuta tenía 38 años y contaba con 13 años de experiencia clínica. Se especializaba en psicoterapia psicodinámica y estaba certificado internacionalmente en el uso y formación del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Asimismo, desempeñó el doble rol de terapeuta-investigador en el marco del proyecto marco antes mencionado, como parte de una red de investigación basada en la práctica clínica (*PRN, Practice-Research Network*). Además, es el director del presente trabajo de maestría.

Tratamiento: psicoterapia psicodinámica focalizada según criterios OPD-2

Se trabajó con un enfoque de Psicoterapia Psicodinámica Focalizada (Kächele, 2010; Luborsky, 1984; Sifneos, 1987). Este enfoque implica que el trabajo terapéutico se centra de manera consistente en un proceso patógeno de raíz inconsciente, sostenido por conflictos intrapsíquicos o vulnerabilidades estructurales (Summers & Barber, 2010; Thöma & Kächele, 1985/1989). Así, el tratamiento apunta tanto a que el paciente tome conciencia de sus conflictos inconscientes como a desarrollar un funcionamiento más saludable de su estructura psíquica (Rudolf, 2006/2017). En línea con estos principios, el OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) ofrece un método sistemático para seleccionar los focos terapéuticos durante el tratamiento. Las áreas problemáticas centrales del paciente (es decir, los focos OPD-2) fueron definidas a partir de la información recogida en los ejes del OPD-2. Los focos OPD-2 funcionaron como hipótesis psicodinámicas. Esto implica que debía producirse cierto nivel de cambio en relación a estas áreas para lograr una reducción o eliminación de los síntomas y malestares del paciente.

En este sentido, el tratamiento tuvo como primer objetivo establecer y consensuar con el paciente las áreas problemáticas centrales a trabajar, a partir de la construcción de una buena alianza terapéutica. Una vez definido el perfil OPD-2 del caso, las intervenciones del terapeuta se orientaron a que Gonzalo tomara conciencia de su oferta de rol inconsciente (foco relacional según OPD) y de sus conflictos

intrapsíquicos repetitivos (focos de conflicto según OPD). Esto constituyó la base de la línea expresiva del tratamiento, basada en el uso de intervenciones que ofrecieran nuevas formas de comprensión de sus motivaciones y conductas, tales como confrontaciones e interpretaciones. Complementariamente, el trabajo sobre sus funciones estructurales (focos estructurales según OPD) se realizó mediante estrategias de sostén. Esto implicó el uso de intervenciones afirmativas, validación de la experiencia y utilización de la relación terapéutica como una experiencia emocional correctiva, desde la cual Gonzalo pudiera restaurar y desarrollar funciones estructurales menos integradas.

El proceso incluyó tres entrevistas diagnósticas y 54 sesiones de tratamiento subsiguientes. La duración total del tratamiento fue de 21 meses, comenzando en mayo de 2018 y finalizando en febrero de 2020. Las primeras 45 sesiones fueron de frecuencia semanal, tras lo cual se acordó un proceso de cierre gradual, con sesiones quincenales y luego mensuales.

El tratamiento finalizó porque Gonzalo refirió una sensación global de recuperación de sus síntomas iniciales, realizó cambios relevantes en sus problemáticas vinculares y mostró mayor comprensión sobre sus conflictos y aspectos estructurales. Aunque tanto el paciente como el terapeuta consideraron que sus focos relacionales, de conflicto y estructurales podrían requerir un tratamiento posterior, acordaron que esta primera psicoterapia podía darse por concluida, dejando abierta la posibilidad de un segundo tratamiento futuro si Gonzalo decidía retomar el contacto con el terapeuta.

Medidas

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2, Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008)

El OPD-2 fue la herramienta fundamental empleada en este estudio para el análisis de la información, en términos de la formulación del caso Gonzalo. Tal como se adelantó más arriba, se trata de un instrumento que efectúa una evaluación clínica sistemática de un paciente a partir de cuatro ejes psicodinámicos: (1) vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento, (2) patrones relacionales

disfuncionales, (3) conflictos intrapsíquicos, (4) funcionamiento estructural y (5) trastornos mentales según sistemas DSM-CIE.

Eje I: Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento. Este primer eje del OPD-2 permite formular el aspecto vivencial de la enfermedad-problema que usualmente motiva la consulta del paciente. La estrategia de operacionalización que ofrece el OPD-2 incluye evaluar aspectos más objetivos (gravedad de síntomas, funcionamiento global, duración del problema), junto con aspectos subjetivos (padecimiento del paciente, modelos explicativos del problema, recursos y obstáculos para el cambio, tipo de tratamiento deseado). La codificación utiliza una escala de 0 a 4, siendo 0=ausente o apenas presente, 2=medio, y 4=muy alto. El Eje I tiene su foco de indagación en el momento actual del paciente y su objetivo principal es elaborar criterios de indicación a la psicoterapia (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Eje II: Patrones relacionales disfuncionales. En este segundo eje planteado por el OPD-2, se trata de formular los patrones relacionales disfuncionales repetitivos del paciente. La formulación de esta dinámica incluye cómo vive el paciente a sus otros significativos y cómo los otros vivencian al paciente, en el marco de patrones de relación que resultan disfuncionales, en el sentido de su participación en producir y/o sostener el malestar. De acuerdo con los lineamientos del OPD-2, lo que se intenta capturar con el Eje II es cómo el paciente, en contraposición con sus propias perspectivas, establece (inconscientemente) sus relaciones, induciendo, en sus otros significativos, respuestas que luego percibe como amenazantes o decepcionantes. Así, se conforma un patrón, a modo de círculo vicioso, que incluye esta oferta de rol inconsciente. Este mismo patrón se involucra, asimismo, en la dinámica transferencia-contratransferencia que el paciente establece con el terapeuta. El Eje II está estructurado a partir de 32 ítems relacionales que describen diferentes maneras de percibir a los otros y percibirse a uno mismo en la interacción con el otro. Se seleccionan dos o tres ítems para cada una de las perspectivas relacionales y se conforma el patrón (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Eje III: Conflictos intrapsíquicos. En este tercer eje de indagación psicodinámica, la formulación del caso considera una tipología de siete conflictos intrapsíquicos ofrecida por el OPD-2, a saber: individuación-dependencia, sumisión-control, deseos de cuidado-autarquía, autovaloración, conflicto de culpa, conflicto

edípico y conflicto de identidad o roles normativos. La intención es evaluar cuáles de estos conflictos están activos en el paciente, seleccionando los dos más importantes. Los conflictos para el OPD-2 implican dinámicas históricas repetitivas que acompañan la biografía del paciente desde la infancia o el comienzo de la edad adulta, donde el paciente está “atrapado” en polaridades desadaptativas que no logra integrar (por ejemplo: ser valorado por los otros o valorarse a sí mismo; controlar o someterse). Cada conflicto se codifica en una escala de 0 a 3, donde 0=ausente y 3=muy significativo. Por último, el Eje Conflicto codifica la forma en la que el paciente intenta elaborar sus conflictivas, yendo desde un polo pasivo hacia un polo activo de elaboración. Así, un conflicto sumisión-control elaborado pasivamente implica un paciente tendiente a la excesiva sumisión como forma (fallida) de elaboración del conflicto; mientras que la versión activa se corresponderá con un paciente que intenta lidiar con esta conflictiva apelando (excesivamente) al control de situaciones, relacionales, dinámicas mentales, etc.

Eje IV: Funcionamiento estructural. El cuarto eje, “Estructura”, del OPD-2 realiza el diagnóstico del funcionamiento estructural, tomando como sustento dimensiones psíquicas que intervienen en la autorregulación del sí mismo y en su relación con objetos internos y externos. El OPD-2 plantea cuatro grandes dimensiones a evaluar, a saber: percepción de sí-mismo y los objetos, manejo del sí-mismo y de la relación con los otros, comunicación emocional (consigo mismo y con los demás), y vínculo interno y relación externa. De acuerdo con la evaluación en cada una de estas áreas, se obtiene un grado de integración estructural, que oscila entre los puntajes 1 y 4, siendo 1=nivel alto y 4=nivel desintegrado. Como rango temporal, la evaluación de este eje considera los dos últimos años.

Eje V: Trastornos mentales según sistemas DSM-CIE. En este último eje, el OPD-2 incluye la nomenclatura diagnóstica de los sistemas DSM y CIE. De este modo, los cuatro primeros ejes permiten formular la psicodinámica que acompaña al diagnóstico descriptivo del caso (ver: Juan et al., 2021).

Criterios de entrevista y focalización incluidos en el OPD-2. El OPD-2 ofrece criterios para la conducción de entrevistas diagnósticas, destinadas a recabar la información de cada uno de los ejes, denominadas “entrevistas OPD” (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). El formato de la entrevista OPD intercala momentos más y

menos estructurados, con la intención de registrar información verbal a partir del relato del paciente, así como también información escénica no verbal a partir de la interacción paciente-terapeuta. A lo largo de una entrevista OPD, cada eje descrito aporta información relevante para el establecimiento de focos de trabajo clínico, cuya evolución puede ser monitoreada con ayuda de criterios incluido en el manual. De esta manera, se pueden determinar focos vinculados con patrones relacionales disfuncionales (focos relacionales), focos vinculados con conflictos intrapsíquicos (focos de conflicto), y focos vinculados con el funcionamiento de la estructura psíquica (focos de estructura). Siguiendo estudios previos (Grande et al., 2009, 2012) se considera que seleccionar cinco focos a partir de la formulación de un caso es suficiente para captar la psicodinámica del paciente (para más información, ver: Cierpka et al., 2010; Juan, 2017; Juan et al., 2024). La Tabla 1 resume la estructura multi-axial que ofrece el OPD-2.

Tabla 1

Estructura Multiaxial del Manual OPD-2 (Grupo de trabajo OPD, 2006/2008).

Eje	Denominación	Aspectos para evaluar
Eje I	Vivencia enfermedad y prerrequisitos para tratamiento	Significación de los síntomas Nivel de insight Expectativas, motivación y recursos para el cambio Recursos personales y apoyo psicosocial Tipo de tratamiento deseado (indicación)
Eje II	Patrones relacionales disfuncionales	Patrones relacionales disfuncionales Factores relacionales que mantienen el problema Oferta de rol problemática (inconciente) del paciente Impactos en proceso terapéutico Operacionalización transferencia- contratransferencia
Eje III	Conflictos intrapsíquicos	Conflictos históricos disfuncionales repetitivos Sistemas motivacionales específicos en conflicto Afectos guía predominantes Dos conflictos más significativos

Eje IV	Estructura psíquica	Funcionamiento estructural del paciente Relación con el sí mismo y los objetos Dimensiones: percepción, manejo, emoción y vínculo Trastornos, vulnerabilidades y recursos estructurales
--------	---------------------	--

FPDS: Escala de Presencia de Foco (Dagnino & De la Parra, 2009)

Este instrumento permite pesquisar la presencia de los focos seleccionados previamente según el OPD-2 en sesiones de psicoterapia. Cuenta con cuatro niveles secuenciales: (1) ausencia de trabajo en el foco, (2) vaga referencia del foco, (3) reconocimiento y exploración del foco y (4) trabajo en el foco. En el contexto de la presente tesis, esta escala se utilizó para operacionalizar la formulación del caso hecha por el terapeuta, en términos de qué tan presentes están en las sesiones las temáticas de relación, conflicto y estructura, previamente identificadas para el paciente como focos según los criterios OPD-2 descritos más arriba.

Escala comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS, Hilsenroth et al., 2005; adaptada al castellano por Gómez Penedo et al., 2016)

La CPPS es una escala de auto reporte diseñada para evaluar la adherencia del terapeuta a intervenciones características de distintos enfoques psicoterapéuticos. Cuenta con una versión para el terapeuta (CPPS-T) y una versión para el paciente (CPPS-P). Está diseñada para evaluar las características distintivas de los tratamientos psicodinámico-interpersonales y cognitivo-conductuales. Su principal objetivo es identificar las técnicas empleadas en una sesión y compararlas en términos de frecuencia e intensidad, brindando una medida confiable del proceso terapéutico real. Contiene 20 ítems con formato tipo Likert, en donde mayores puntajes implican mayor adherencia del terapeuta. Para este estudio, sólo se utilizaron los 10 ítems de la CPPS-T y la CPPS-P que evalúan adherencia a intervenciones psicodinámico-interpersonales.

Este instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, tanto en su versión original como en su adaptación al castellano, incluyendo alta confiabilidad interjueces y validez convergente con otras medidas del proceso terapéutico (Gómez

Penedo et al., 2016). La CPPS se utiliza habitualmente a partir de sesiones grabadas o transcritas, y es especialmente útil en estudios de caso único, diseños de series temporales y evaluaciones de la adherencia a un modelo terapéutico, tal como se plantea en el presente estudio.

Cuestionario de Resultados 45 (OQ.45, Lambert et al., 1996; adaptado al castellano por Von Bergen & de la Parra, 2002)

El OQ-45 es un cuestionario de autoinforme de 45 ítems, en una escala Likert de 5 puntos, para medir severidad clínica, donde mayores puntajes indican mayor severidad. Fue diseñado específicamente para la evaluación de resultados y el monitoreo del progreso de los pacientes en psicoterapia. Es un cuestionario autoadministrado que permite evaluar patología y que logra discriminar poblaciones consultantes y controles. Además de un puntaje total que refleja la severidad clínica global, mide tres subescalas principales, a saber: (1) malestar por síntomas, que evalúa el nivel de estrés emocional y síntomas psicológicos como ansiedad, depresión e irritabilidad; (2) relaciones interpersonales, que indaga el impacto de los problemas emocionales en las relaciones con otras personas, como conflictos o aislamiento social; y (3) funcionamiento social, que refleja dificultades en áreas prácticas de la vida, como trabajo, estudios o actividades cotidianas. Este proyecto utilizó el OQ.45.2 para medir la gravedad clínica del paciente a lo largo del tratamiento. En Argentina, la versión en castellano del cuestionario ha mostrado buena consistencia interna, fiabilidad test-re test, validez concurrente y sensibilidad al cambio (Fernández-Álvarez et al., 2005).

Procedimientos

Este estudio se desprende de una investigación de mayor alcance denominada “Focos Terapéuticos y mecanismos de cambio en un caso único en terapia psicodinámica focalizada”, conducida bajo la dirección del Dr. Santiago Juan, en el marco del Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI). Dicho proyecto marco contó con un subsidio SPR Small Grant, otorgado en 2017.

Se registró y estudió el caso Gonzalo durante 2018-2019. El paciente fue invitado a participar en el estudio dado que presentaba un perfil psicodinámico

adecuado, caracterizado por la presencia de problemáticas relacionales, conflictos intrapsíquicos y vulnerabilidades en el funcionamiento estructural. Esta caracterización permitió delimitar suficientemente los focos para el análisis posterior de series temporales mediante evaluación de jueces externos. Asimismo, se buscó capturar una situación representativa de “tratamiento habitual” en un paciente ambulatorio joven que consultaba por un trastorno emocional acompañado de dificultades interpersonales.

Se realizó un tratamiento psicoanalítico focalizado completo (54 sesiones durante 21 meses). Al inicio del tratamiento, se obtuvo el consentimiento informado oral y escrito del paciente para participar en el estudio. Todas las sesiones fueron grabadas en audio. Después de cada sesión, el paciente completó el OQ-45.2 y el CPPS-P (ver medidas). El terapeuta, asimismo, completó la CPPS-T (ver medidas). Dos jueces externos entrenados establecieron un perfil psicodinámico con cinco focos terapéuticos OPD-2 para el caso, utilizando OPD-2 (ver medidas). Siguiendo las directrices del Grupo de Trabajo OPD (2006/2008), los evaluadores seleccionaron un foco relacional, dos focos de conflicto y dos focos estructurales. La presencia de cada foco fue medida por los mismos jueces externos, utilizando la escala FPDS (ver medidas), en cada sesión.

Para el presente proyecto se analizó la interacción entre la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas (desde la perspectiva del profesional y paciente), la severidad clínica y la presencia de los focos OPD. A tales fines, se realizó el análisis de series temporales buscando efectos predictivos entre las variables de interés, en línea con cada uno de los objetivos específicos planteados en el estudio (ver objetivos). Este proyecto complementa el análisis de series temporales ya efectuados en el mismo caso Gonzalo (Juan et al., 2023), que empleó la misma metodología, aunque incluyeron variables diferentes del proceso terapéutico.

El presente proyecto se llevó a cabo con sede en el Departamento de Investigación del IUSAM, que ofreció los recursos y la infraestructura necesaria para cumplir con los objetivos planteados.

Aspectos éticos

Los procedimientos del estudio que involucran el caso único a analizar ya han sido aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Análisis de datos y resultados

La presentación de resultados se ha organizado sobre tres aspectos, a saber: (1) el diagnóstico y comprensión psicodinámicas del paciente, incluyendo los focos OPD establecidos para Gonzalo, (2) las trayectorias de cambio observadas en el caso, en términos de severidad clínica, adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y presencia de los focos OPD, y (3) los efectos predictivos observados a lo largo del tratamiento, a partir del análisis de series temporales efectuado.

Diagnóstico y comprensión psicodinámicas del paciente según criterios OPD-2

En lo que sigue se desarrolla un potencial perfil OPD-2 para el caso Gonzalo. Cabe aclarar que esta formulación del caso debe considerarse como un conjunto de hipótesis de trabajo, de naturaleza flexible, que serían puestas a prueba durante el tratamiento y ajustadas a la evaluación del paciente. Asimismo, la base bibliográfica fundamental para el siguiente perfil se encuentra en el manual OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008), tanto en términos de las bases conceptuales como operacionales de cada uno de sus ejes (ver medidas). Cabe aclarar también que el siguiente perfil OPD fue analizado, desarrollado y discutido en un trabajo previo del autor de esta tesis (Giunta, 2024).

Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento (Eje I)

Como se describió más arriba, el Eje I del sistema OPD permite realizar el diagnóstico de la motivación y las aptitudes del paciente para la psicoterapia. Con este término, se abarcan diversos aspectos de la conducta del paciente, sus expectativas de curación, su disposición a aceptar la psicoterapia y sus prerequisites para participar en la misma de modo activo.

Según los criterios del OPD-2, la vivencia de la enfermedad de Gonzalo implica una intensidad de padecimiento subjetivo moderada, y una presentación de síntomas y problemas predominantemente psíquicos. Asimismo, el paciente explica su concepto de enfermedad orientado hacia factores psíquicos. Su concepto de cambio está vinculado a la intención de atravesar un tratamiento psicoterapéutico, orientado a la reflexión, el trabajo sobre conflictos y la reducción de los síntomas emocionales. También puede

plantearse que Gonzalo es un paciente con recursos personales para el cambio, vinculados con su capacidad de introspección y la presencia de apoyo psico-social.

En suma, los criterios del Eje I permiten pensar que hay indicación de psicoterapia para Gonzalo, dado que consulta espontáneamente, cuenta con un nivel adecuado de padecimiento subjetivo que lo puede preparar para el cambio, orienta su concepto de problema hacia factores psicológicos, y le plantea al terapeuta la necesidad de un espacio para pensar acerca de cómo funciona en sus relaciones.

Patrones relacionales disfuncionales (Eje II)

Resulta de relevancia evaluar los patrones relacionales disfuncionales debido a que son un factor determinante en cuanto a la formación y mantenimiento de los trastornos psíquicos. Dicha evaluación permite identificar el patrón relacional disfuncional que sostiene el paciente, a partir del análisis de ítems relacionales que describen diferentes maneras de percibir a los otros y percibirse a sí mismo en las interacciones con los demás. La formulación de esta dinámica incluye la perspectiva del paciente respecto a cómo vive a sus otros significativos y cómo los otros lo vivencian (incluido el terapeuta), en el marco de patrones de relación que resultan disfuncionales, en el sentido de producir o sostener el malestar. El objetivo del diagnóstico es crear una formulación dinámica relacional que vincule diferentes posiciones interpersonales.

Como ya fue descrito en la sección de medidas, en términos amplios, una evaluación del eje relacional del OPD-2 buscará llegar a detectar el circuito en virtud del cual el paciente, en contradicción con su propia perspectiva y de manera inconsciente, induce en sus otros significativos respuestas que luego percibe como decepcionantes o rechazantes, y que confirman su visión disfuncional de los vínculos problemáticos.

Gonzalo se percibe a sí mismo conscientemente demandando espacios de libertad y autonomía y/o desatendiendo a los demás en sus relaciones. Así, vivencia repetidamente que los otros se entrometen y no le dejan capacidad de autonomía o autodeterminación, fundamentalmente con sus parejas donde frecuentemente se siente invadido. De modo simultáneo, el paciente rechaza su propia responsabilidad en el sistema de engaños hacia sus parejas y de modo contradictorio se aferra a ellas sin lograr definirse por una relación “plena”.

Asimismo, es probable que Gonzalo viva el auto-culparse de sus parejas como una forma de cuidado, al tiempo que la búsqueda de cercanía afectiva puede ser percibida como intrusiva y la retirada sentida como un reproche. De este modo, él lo siente como crítica, rechazo y falta de reconocimiento.

No obstante, de forma no del todo consciente, Gonzalo tiende a rechazar toda culpa, perderse y confundirse cuando se le demuestra afecto, tener dificultad para poner límites y permitir demasiada cercanía. Esto configura un patrón disfuncional repetitivo que induce en sus parejas una combinación de reproche, sumisión y retraimiento.

Completando el circuito relacional, esto genera en Gonzalo una percepción decepcionante de sus parejas, en la que conceden demasiada libertad o se entrometen, en actitudes sentidas por el paciente como demasiado lejanas o cercanas emocionalmente. Se considera que este patrón relacional disfuncional debe ser trabajado en tratamiento para abordar los problemas relacionales del paciente y generar la posibilidad de nuevas formas de relación interpersonal.

Otro aspecto central radica en que el paciente no es del todo consciente de su postura egocentrada en las relaciones, de cómo prioriza sus propias necesidades y no las del otro. Menos aún es consciente de cómo la cercanía del otro lo abruma y que esto lo induce a una retirada de los vínculos y/o hacia una huida en las relaciones paralelas que establece, mostrando además problemas para regular sus impulsos. Esto oscila con una tendencia inconsciente a aferrarse al otro, sin lograr desprenderse de los vínculos. Así, puede plantearse que Gonzalo se abruma por la cercanía afectiva y esto genera una reacción en el otro de involucrarse más aún con él, la cual es vivida justamente como intrusiva. Por último, su postura egocentrada y el rechazo explícito de su responsabilidad induce que sus compañeras terminen culpándose a sí mismas.

Conflictos intrapsíquicos (Eje III)

Tal como fue descrito, este eje se enfoca en el diagnóstico de conflictos disfuncionales repetitivos en la historia biográfica del paciente; se centra en la identificación de los conflictos más relevantes. El OPD-2 conceptualiza siete conflictos intrapsíquicos, a saber: (1) individuación vs. dependencia, (2) sumisión vs. control, (3) deseos de protección y cuidado vs. autarquía (autosuficiencia), (4) conflicto de

autovaloración, (5) conflicto de culpa, (6) conflicto edípico, y (7) conflicto de identidad o roles normativos.

Los siete conflictos son evaluados de acuerdo con su presencia en una evaluación dimensional que va de “ausente” a “muy significativo”. Para cada paciente se eligen dos de estos conflictos como los más destacados o importantes para el diagnóstico inherente a este eje. La descripción de los conflictos básicos y sus modos de procesamiento son realizados en función de áreas primordiales de la vida, como relación de pareja, familia de origen, dimensión laboral, comportamiento en grupos y experiencia de la enfermedad. Cabe destacar que, a los conflictos señalados como permanentes, se pueden adicionar los conflictos denominados actuales, producto de aquellas situaciones contextuales que alteran la vida de la persona. La tipología de los mencionados conflictos brinda una descripción detallada de cada uno de ellos, lo que incluye los afectos guía que permiten el diagnóstico y ejemplos ilustrativos para constatar con el paciente que está siendo evaluado.

En el caso de Gonzalo se han considerado dos focos de conflicto activos en el paciente. Por un lado se ha estimado como conflicto principal el relacionado con la individuación versus dependencia y, como conflicto secundario, un conflicto edípico.

En lo atinente al conflicto individuación vs dependencia se pone en evidencia en Gonzalo la dificultad para el establecimiento de una relación objetal saludable, manifestada por su supuesto anhelo de una relación de intimidad y cercanía y, concomitantemente, el deseo de una marcada independencia e individuación. Su modo de elaboración del mencionado conflicto es preferentemente activo. Gonzalo denota un esfuerzo en construir una fuerte independencia emocional y existencial de las relaciones con los otros. Se presenta una marcada lucha por la independencia y la autodeterminación, donde las propias necesidades de vínculo, apoyo y cercanía son reprimidas. Esto se convierte en una independencia forzada y la convicción de no necesitar a otros, donde el afecto guía es la angustia frente a la cercanía y la fusión con el otro. Esto último explica la necesidad de Gonzalo de separarse de modo tal de no sentirse ahogado en sus relaciones de pareja.

Por otro lado, se consideró como segundo conflicto más importante, un conflicto edípico para Gonzalo, entendido por el OPD-2 como un conflicto en el paciente en cuanto a valorarse como hombre en relación con las mujeres. La constelación edípica

presupone la presencia real o fantaseada de tres personas que se encuentran en un campo tensional de reconocimiento, rivalidad y erotismo. Este conflicto se manifiesta en el deseo de ser reconocido por las personas primarias significativas sobre la base de atributos personales y corporales, y gira en torno al valor como hombre y las expectativas e inhibiciones que se oponen en Gonzalo. En este sentido, aparecen en los vínculos que construye el paciente situaciones de conflicto, emociones intensas y cambiantes, pero a la vez superficiales para asegurarse la atención y el reconocimiento. Debido a esto, Gonzalo incurre en conductas contradictorias donde oscila entre seducir – bloquear, y se inmiscuye en relaciones triangulares generando sufrimiento en todos los participantes.

La combinación de ambos conflictos se traduce en dificultades crónicas del paciente para abrirse emocionalmente en una relación, así como en una tendencia a la infidelidad como patrón, ya que Gonzalo necesitaba sostener su valoración como hombre mediante conductas de conquista amorosa permanente.

Estructura Psíquica (Eje IV)

Tal como fue explicitado anteriormente, la estructura se refiere al tejido de disposiciones psíquicas que incluye la vivencia y conducta que la persona desarrolla de manera regular y repetitiva. Esto determina el estilo personal y permanente a través del cual el individuo puede recuperar su equilibrio intrapsíquico e interpersonal. La estructura se refiere al self y su relación con los objetos, a la disponibilidad de funciones psíquicas en la regulación del self y su relación con los objetos internos y externos.

El material clínico del que nos valemos desde un punto de vista estructural contiene: (a) las interacciones y experiencias de vida relatadas por el paciente, (b) las capacidades estructurales mostradas en la relación diagnóstica, (c) la contratransferencia vivida por el terapeuta y (d) las evaluaciones sobre la propia persona y su manera de actuar, desarrolladas introspectivamente por el paciente en forma espontánea o a través de preguntas.

Podríamos afirmar que a lo largo de las tres primeras entrevistas, se han podido distinguir conductas de Gonzalo que nos hacen pensar en dificultades para: (a) la autorregulación, (b) la regulación de la relación con el objeto y (c) el vínculo con

objetos externos, tomando las dimensiones del eje Estructura del sistema OPD-2 (ver materiales).

En relación con la autorregulación es posible que pueda experimentar dificultades para regular sus emociones, pensamientos y comportamientos de manera efectiva. Puede mostrarse impulsivo, tener cambios de humor abruptos o dificultades para controlar sus reacciones ante situaciones estresantes. En lo atinente a la regulación de la relación con el objeto, puede considerarse en Gonzalo una tendencia a idealizar o desvalorizar a los demás, lo que dificulta la construcción de vínculos saludables. Siguiendo los criterios OPD-2, parece entonces que Gonzalo no logra regular del todo los intereses en las relaciones y no anticipa adecuadamente el impacto de sus conductas en los vínculos.

Por último, en lo que respecta al vínculo con los objetos externos se puede apreciar dificultades para establecer límites adecuados y separarse, lo que podría interpretarse como la base estructural de sus relaciones paralelas.

Diagnóstico según sistema DSM-CIE (Eje V)

Considerando los criterios de los sistemas diagnósticos descriptivos, puede plantearse que Gonzalo cumple requisitos para un problema de relación, el cual está directamente asociado con sus rasgos narcisistas de personalidad, según criterios DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Partiendo de una caracterización del perfil clínico y psicodinámico, podemos definir algunas características salientes del trastorno narcisista presentes en Gonzalo: (a) la problemática centrada en la imagen del sí mismo, (b) los modos primarios de vínculo con el objeto de dependencia narcisista y (c) los problemas de pensamiento confusional. Estos rasgos, a su vez, están involucrados en sus problemas relacionales.

Focos OPD-2 establecidos para Gonzalo

La Tabla 2 muestra una posible elección de focos terapéuticos efectuada para Gonzalo a partir de la formulación del caso según criterios del OPD-2 antes descrita.

Tabla 2

Elección de Focos Terapéuticos caso Gonzalo de acuerdo con criterios OPD-2

Foco OPD-2	Descripción
Relación (Oferta de Rol Inconsciente)	Exige espacios de libertad y autonomía Rechaza todo tipo de culpa Se cierra cuando otros le demuestran afecto
Foco de Conflicto 1	Individuación vs Dependencia
Foco de Conflicto 2	Conflicto Edípico
Foco de Estructura 1	Control y regulación de los impulsos
Foco de Estructura 2	Capacidad para vincularse y desprenderse

Foco Relacional (Eje II del OPD-2). De acuerdo con los criterios del Eje II del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2), Gonzalo presenta un patrón relacional disfuncional repetitivo caracterizado por la búsqueda de autonomía y libertad personal en sus vínculos, junto con la dificultad para sostener la intimidad emocional.

A nivel consciente, el paciente se percibe como alguien que necesita preservar su independencia y evitar vínculos que siente como demandantes o restrictivos. Sin embargo, de modo menos consciente, tiende a no establecer límites claros, permitir una excesiva cercanía emocional, rechazar la culpa ante los conflictos y confundirse frente a las manifestaciones de afecto.

Este patrón genera en sus parejas una dinámica circular de reproche, sometimiento y posterior alejamiento, que refuerza en Gonzalo la expectativa de que las mujeres son intrusivas o excesivamente permisivas. En el marco del tratamiento, se consideró que este patrón debía constituir un foco de trabajo central, orientado a hacer consciente la repetición relacional, comprender su función defensiva y favorecer la construcción de formas vinculares más integradas, donde la autonomía no implique ruptura del lazo afectivo.

Se consideró que este patrón relacional disfuncional debía ser trabajado en el tratamiento para abordar los problemas vinculares del paciente y generar la posibilidad de nuevas formas de relación interpersonal.

Focos de Conflicto (Eje III del OPD-2). Según el Eje III del OPD-2, se identificaron dos conflictos intrapsíquicos principales que se encontraban activamente implicados en la problemática de Gonzalo.

Conflicto de individuación vs dependencia. Gonzalo oscila entre el deseo de ser cuidado, reconocido y contenido, y una marcada necesidad de autosuficiencia emocional. En sus relaciones, busca mantener la independencia mediante vínculos múltiples que eviten la vivencia de dependencia o pérdida de control. Este mecanismo defensivo le impide entregarse afectivamente y genera sentimientos de soledad, vacío y frustración, especialmente frente a las rupturas amorosas.

Conflicto edípico-sexual. Este conflicto se expresa como una necesidad de afirmar su identidad y valía como hombre a través de la conquista y la validación sexual. La infidelidad aparece como un medio de sostener su autoestima y evitar sentimientos de inferioridad o castración simbólica frente a las mujeres. Este patrón limita su capacidad para establecer relaciones igualitarias, en las que pueda mostrarse vulnerable sin experimentar pérdida de poder o control.

La combinación de ambos conflictos se manifestaba en las dificultades crónicas de Gonzalo para abrirse emocionalmente en una relación, así como en una tendencia a la infidelidad como patrón, dado que el paciente necesitaba sostener su autovaloración como hombre mediante conductas de conquista amorosa permanente.

El trabajo psicoterapéutico en relación con estos conflictos buscó que el paciente reconociera las tensiones inconscientes subyacentes, que elaborara emocionalmente los deseos y temores implicados y redujera la compulsión a repetir los mismos modos defensivos en sus vínculos.

Focos de Estructura (Eje IV del OPD-2). En el Eje IV del OPD-2, se observaron vulnerabilidades estructurales en el funcionamiento psíquico de Gonzalo, particularmente en dos dominios.

Regulación de los impulsos. El paciente presenta dificultades para modular sus impulsos y afectos, lo que se traduce en una tendencia a actuar sus deseos de manera inmediata, sin suficiente elaboración simbólica o reflexión. Esta debilidad se asocia con la necesidad de gratificación constante y la dificultad para tolerar la frustración o la espera.

Capacidad para vincularse y desprenderse. Gonzalo muestra oscilaciones entre la fusión afectiva y el distanciamiento defensivo. Tiende a involucrarse intensamente en las relaciones para luego retirarse emocionalmente cuando percibe amenaza de pérdida o dependencia. Esto genera un movimiento pendular entre la idealización y la desvalorización del otro.

En este nivel, el tratamiento se orientó a fortalecer las funciones estructurales menos integradas, mediante estrategias de sostén, validación emocional y el uso de la relación terapéutica como experiencia emocional correctiva, posibilitando una regulación más estable de los afectos y una mayor coherencia en la percepción de sí mismo y de los otros.

Intervenciones para el tratamiento, de acuerdo con los focos establecidos

Siguiendo la Tabla 2, una vez establecido el perfil OPD-2 del caso, las intervenciones del terapeuta podrían dirigirse a que Gonzalo adquiera insight sobre su oferta inconsciente de roles (foco relacional según OPD) y sus conflictos intrapsíquicos repetitivos (focos de conflicto según OPD). Esto constituirá la base de la línea expresiva del tratamiento, basada en el uso de intervenciones que ofrezcan a Gonzalo nuevas formas de entender sus motivaciones y conductas, como las confrontaciones y las interpretaciones. De forma complementaria, el trabajo sobre sus funciones estructurales (focos estructurales según OPD) se basará en estrategias de apoyo.

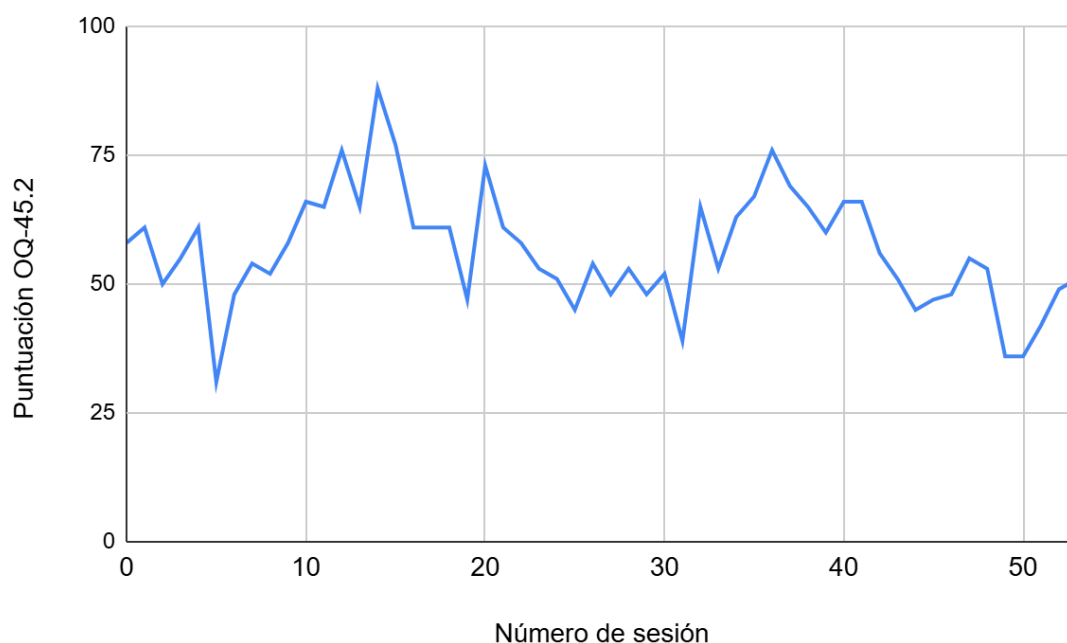
Esto implica el uso de intervenciones afirmativas, la validación de la experiencia y el uso de la relación terapéutica como una experiencia emocional correctiva, a partir de la cual Gonzalo pueda restaurar y desarrollar funciones estructurales más integradas. En este punto más orientado a la estructura psíquica, la dirección del proceso se orientaría a pasar de la dispersión, fragilidad e inestabilidad, hacia una mayor cohesión, consistencia, estabilidad y definición de las imágenes de sí.

Trayectorias del cambio observadas para el caso Gonzalo

Evolución en la severidad clínica del paciente

Figura 1

Trayectoria de puntuaciones de severidad clínica (OQ-45.2) durante el tratamiento



Nota: OQ.45.2=Cuestionario de resultados 45.2

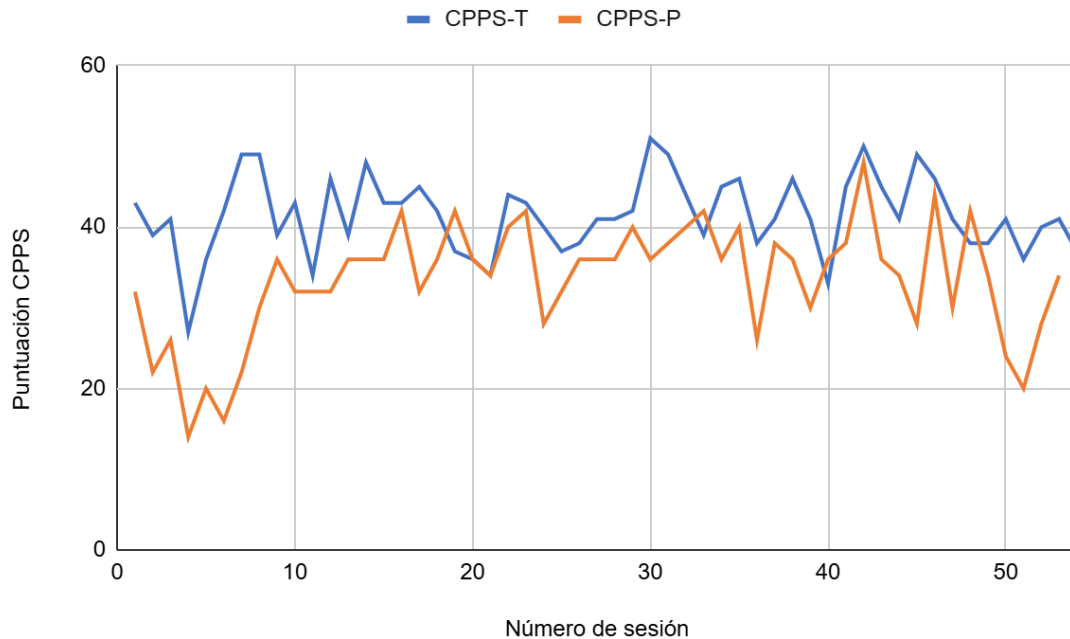
Para ilustrar la evolución del caso y su resultado general, la Figura 1 muestra la trayectoria de las puntuaciones generales de Gonzalo en el OQ-45.2 durante todo el tratamiento de 54 sesiones. Cabe aclarar que estudios psicométricos previos en nuestro contexto para el OQ.45.2 (Fernández-Álvarez et al., 2005) establecieron una puntuación de corte de 50 entre muestras clínicas y no clínicas, así como una disminución mínima de 16 puntos para alcanzar una mejora clínicamente significativa. Gonzalo comenzó el tratamiento con una puntuación global en el OQ.45.2 de 58 y terminó con una puntuación total de 51. Esto no puede considerarse una mejora real. Sin embargo, sus puntuaciones se acercaban al umbral de 50. También mostró varias fluctuaciones en la gravedad clínica durante el tratamiento, con la puntuación más baja de 31 en la sesión 5 y la más alta de 88 en la sesión 14.

Desde un punto de vista clínico, esta información estadística también puede complementarse con los motivos de la finalización de la terapia que se indican en la descripción del tratamiento en la sección de métodos.

Trayectorias para la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas

Figura 2

Trayectoria de adherencia a intervenciones psicodinámicas durante el tratamiento



Nota: CPPS-T=Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico, versión terapeuta;
 CPPS-P=Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico, versión paciente.

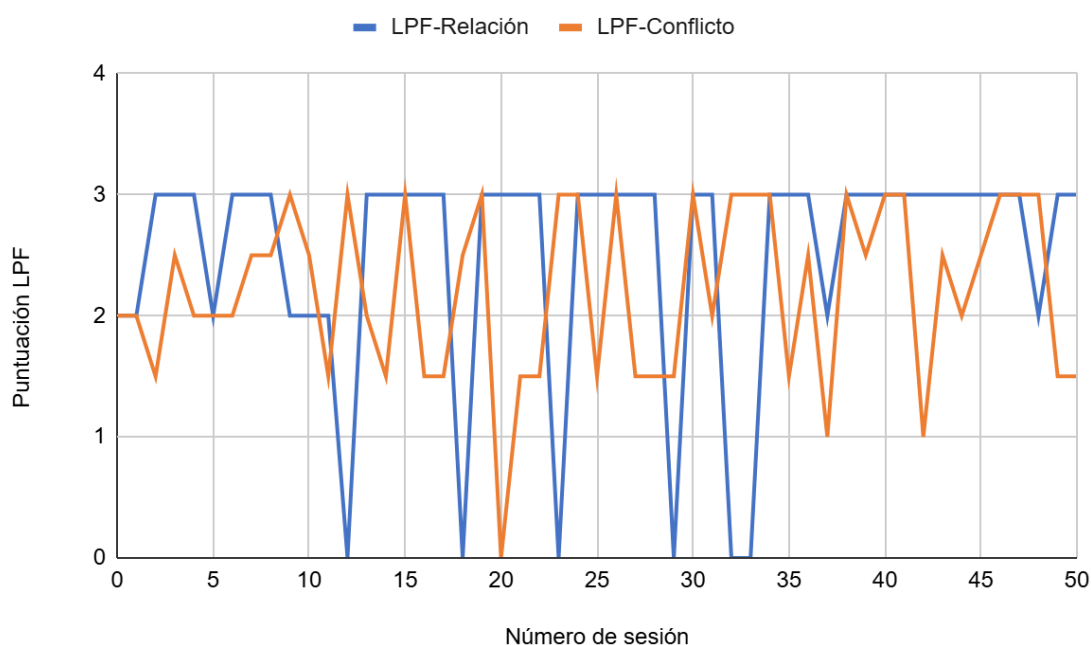
En la Figura 2 puede observarse la trayectoria de puntuación de adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas, desde el punto de vista tanto del paciente como del profesional. A nivel descriptivo puede observarse fluctuaciones en la adherencia a dichas intervenciones, habiendo momentos “más psicodinámicos” y otros que no lo son tanto. Sin embargo, al menos desde la visión del profesional tratante, hubo una considerable fidelidad teórica. Además, es interesante observar que la curva de puntuación tiene la misma forma desde la perspectiva del terapeuta y del paciente, si bien los puntajes tienen una notable diferencia desde la percepción de ambos. Así, pueden observarse trayectorias similares, en las que el terapeuta usualmente consideró que presentaba mayor adherencia a su marco teórico en comparación con

la perspectiva del paciente. Estos cambios serán discutidos y asociados con otras variables del estudio posteriormente, a partir de los análisis realizados.

Presencia de focos OPD Relación y Conflictos

Figura 3

Trayectoria de la presencia de focos de Conflicto y Relación durante el tratamiento



Nota: LPF=Escala de presencia de focos OPD

Por último, en la Figura 3 puede apreciarse la trayectoria de los puntajes de la presencia de los focos OPD, tanto de conflicto como de relación. De manera descriptiva, en la misma puede verse que hubo una fluctuación entre la ausencia y el reconocimiento y exploración de ambos focos. A lo largo del tratamiento la presencia de los focos se ha mantenido entre una vaga referencia y la exploración de ambos, principalmente en el caso de los focos de conflicto. Por su parte, el foco de relación tuvo momentos de marcada ausencia. Posteriormente se discutirá la asociación entre ambas variables a lo largo de la terapia.

Efectos predictivos observados a lo largo del tratamiento

El análisis de series temporales mostró tres efectos predictivos a lo largo del tratamiento de Gonzalo, considerando las variables de: presencia de foco (puntajes de la Escala FDPS), adherencia del terapeuta (puntajes de la escala CPPS) y severidad clínica (puntajes cuestionario OQ.45.2). Esto significa que el análisis estadístico buscó identificar una precedencia temporal sistemática a lo largo de las 54 sesiones de tratamiento entre variaciones en una medida y variaciones en otra medida. Así, los resultados permiten apreciar secuencias sistemáticas de cambio a lo largo del tratamiento, y habilitan la identificación de qué aspectos o dimensiones de cambio del paciente cambian antes (y no después) de qué otros aspectos o dimensiones de cambio. En este sentido, no se trata de cambios que ocurren desde una sesión puntual hacia otra sesión puntual, sino de cambios que, en promedio, suceden siempre antes que otros cambios, considerando todas las sesiones del proceso. En un estudio previo (Juan et al., 2023) se ha aplicado la misma metodología al mismo caso Gonzalo, considerando otras variables.

Efecto predictivo #1: una mayor presencia del foco relacional predijo una menor presencia de los focos de conflicto

El primer efecto predictivo observado consistió en que una mayor presencia del foco de relación predijo una menor presencia del foco de conflicto en la sesión posterior, a lo largo de todo el tratamiento. Esto implica que, cada vez que en Gonzalo sus puntajes de presencia de foco relación aumentaban, esto predecía sistemáticamente que, en la sesión siguiente, sus puntajes de presencia de focos de conflicto disminuyeran. Como será discutido al final del trabajo, esto sugiere una dinámica interdependiente entre distintos tipos de focos terapéuticos.

Efecto predictivo #2: una mayor adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas predijo una mayor presencia de focos de conflicto

El segundo efecto predictivo observado consistió en que una mayor adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas predijera una mayor presencia de foco de conflicto en la sesión siguiente. Una vez más aquí, esto implicó que, cada vez que aumentaban los puntajes de adherencia del terapeuta (en la visión del clínico tratante,

CPPS-T), en una sesión posterior aumentaban los puntajes de Gonzalo para la presencia de focos de conflicto. Como fue mencionado más arriba, esto indicó una secuencia temporal sistemática a lo largo de todo el tratamiento.

Efecto predictivo #3: una mayor severidad clínica predijo un aumento en la adherencia del terapeuta

Por último, el tercer efecto predictivo observado fue el de una mayor severidad clínica prediciendo un aumento en la adherencia del terapeuta en la sesión posterior (en la visión del paciente, CPPS-P). Esto significó que, cada vez que los puntajes de severidad clínica aumentaban en Gonzalo, esto predecía un aumento en la sesión siguiente en la percepción del paciente sobre lo psicodinámico de la sesión recibida. Al igual que en los casos anteriores, esto conformó una secuencia temporal sistemática a lo largo del tratamiento, donde siempre cambió primero la severidad y siempre cambió después la adherencia a intervenciones dinámicas.

En conjunto, estos hallazgos indican una interacción bidireccional entre la severidad clínica, la adherencia del terapeuta y los focos terapéuticos, más que relaciones lineales unidireccionales, punto central de la sección de discusión que se desarrolla a continuación.

Discusión y conclusiones

A partir de un re análisis de material clínico ya registrado, este estudio exploró la interacción entre: (a) la formulación de caso en términos de presencia de focos terapéuticos, (b) la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y (c) la severidad clínica del paciente, a lo largo de un caso único completo de terapia psicodinámica focalizada (54 sesiones), efectuando un análisis de series temporales, buscando efectos predictivos entre la presencia de focos, la severidad clínica y la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas. En lo que sigue, se discutirán los resultados obtenidos, de acuerdo con cada hipótesis del estudio.

Efectos predictivos de la presencia de focos terapéuticos (hipótesis 1 y 2)

En relación con la hipótesis 1, que postulaba que una mayor presencia de focos terapéuticos predeciría una disminución de la severidad clínica del paciente, los análisis no mostraron una asociación directa. Este resultado puede interpretarse a la luz de la concepción dinámica de los focos terapéuticos: más que funcionar como variables lineales predictoras del cambio sintomático, los focos constituyen organizadores del proceso clínico (Rudolf, 2013), modulando los movimientos entre áreas de conflicto, relación y estructura.

En este sentido, el hallazgo de que una mayor presencia del foco de relación predijo una menor presencia del foco de conflicto en la sesión posterior sugiere una oscilación funcional entre niveles de trabajo terapéutico. Cuando el proceso se centra en la dimensión relacional —esto es, en la vivencia del paciente respecto de sí mismo y de los otros—, las temáticas conflictivas tienden a desplazarse temporalmente, lo que puede reflejar momentos de integración o de procesamiento menos defensivo del conflicto subyacente.

Asimismo, este hallazgo puede sugerir un patrón de alternancia entre dimensiones del trabajo clínico que pueden vincularse con la propuesta del OPD-2, que considera tanto los patrones relacionales como los conflictos intrapsíquicos en tanto focos terapéuticos posibles. Esto permite plantear otra línea de discusión que remite a que la alternancia observada entre la presencia del foco relacional y de los focos de conflicto podría estar indicando dos aspectos difícilmente abordables de

manera simultánea para el caso analizado. La presencia de esta alternancia puede leerse como un ajuste técnico orientado a preservar la tolerancia del paciente frente al proceso analítico. En línea con ello, la literatura señala que el fortalecimiento de la alianza terapéutica y de los componentes relacionales funciona como base imprescindible para posibilitar el trabajo sobre conflictos de mayor complejidad (Safran & Muran, 2000).

La Hipótesis 2, que preveía interdependencias entre distintos focos terapéuticos, encontró apoyo empírico en esta dinámica recíproca. Tal como proponen Rudolf y Grande (2013), los focos no operan de manera aislada, sino como subsistemas interrelacionados dentro del campo transferencial, cuya activación depende tanto del momento del tratamiento como de la regulación emocional compartida entre paciente y terapeuta.

Lo antedicho da cuenta de los aspectos de alternancia inherentes al trabajo clínico, lo que en términos de formulación de focos terapéuticos significa una labor sucesiva sobre los focos propuestos en virtud de la dinámica que se suscita a lo largo del proceso terapéutico. En este sentido, se puede destacar que el enfoque podrá ir variando de acuerdo a las vicisitudes propias del trabajo que comparten el terapeuta y el paciente.

Asimismo, el trabajo sobre los focos no adopta la forma de una intervención estable o uniforme, sino que implica un movimiento secuencial que responde a las vicisitudes emergentes del vínculo terapéutico. La formulación del foco, lejos de constituir una directriz fija, se resignifica sesión a sesión según la configuración transferencial, los niveles de regulación emocional y la accesibilidad psíquica del material conflictivo. Dicho de otra manera, el enfoque terapéutico va variando no sólo por decisión técnica, sino por los modos en que paciente y terapeuta sostienen conjuntamente el avance del proceso.

Así, los resultados obtenidos respaldan la idea de que los focos operan como organizadores flexibles del campo clínico, cuya alternancia posibilita mantener un nivel óptimo de complejidad para el trabajo analítico. Esta dinámica permite preservar la continuidad del proceso y, al mismo tiempo, facilitar condiciones para abordar áreas de mayor compromiso intrapsíquico cuando la estructura vincular y afectiva lo habilita. En consecuencia, la interdependencia empíricamente observada entre los focos

terapéuticos no sólo confirma la segunda hipótesis planteada, sino que ofrece una lectura más matizada de las condiciones bajo las cuales la intervención focalizada promueve transformaciones clínicas sostenibles.

Si se considera la noción de foco terapéutico como organizador del trabajo clínico, la distinción entre un enfoque interpersonal y uno intrapsíquico permite propiciar el análisis sobre qué se trabaja y desde dónde se interviene.

El enfoque interpersonal se ancla en el modo en que el paciente se vincula con sus objetos actuales y con la figura del terapeuta. Atiende el patrón relacional desplegado en la sesión y la comprensión sobre el modo en que este patrón expresa una modalidad estable de relación consigo mismo y con los otros. Este enfoque se vuelve prioritario cuando la relación terapéutica se convierte en el escenario principal de producción de significado. En términos técnicos, se utiliza como sostén ante momentos de regresión, desorganización afectiva o elevado nivel defensivo. El acento está puesto en cómo se vincula el paciente para procesar lo que le ocurre más que centrarse en el conflicto que padece. (Safran & Muran, 2000; Stern et al., 1998; Mitchell, 1988).

En relación al enfoque intrapsíquico, este aborda los conflictos propios del campo interno del paciente, siendo el nivel donde emergen los antagonismos entre deseos, representaciones y defensas. En consecuencia, este enfoque tiene menos que ver con el vínculo inmediato y se centra predominantemente en las tensiones internas del aparato psíquico. (Freud, 1915/1992; Laplanche & Pontalis, 1967/2004; Kernberg, 1984).

La articulación entre ambos enfoques y las oscilaciones halladas indican que inicialmente predomina el foco interpersonal que tiende a fortalecer la alianza terapéutica, regula afectos y habilita posicionamientos menos defensivos. Posteriormente el clínico puede introducir los focos intrapsíquicos, una vez que el paciente ha elaborado recursos simbólicos suficientes para poder tolerar el trabajo sobre sus conflictos. Un modo de formular claramente esta dinámica sería postular que lo interpersonal prepara las condiciones para procesar lo intrapsíquico; y lo intrapsíquico reorganiza la matriz relacional desde la cual el paciente se vincula.

En la medida en que el foco interpersonal opera como plataforma reguladora del vínculo terapéutico, posibilita el despliegue progresivo de focos intrapsíquicos de

mayor complejidad. Por el contrario, abordar tempranamente la dimensión intrapsíquica sin un sostén vincular suficiente puede resultar disruptivo, generando resistencia, desregulación afectiva o retracción del paciente.

Aquí también podemos apreciar cómo la oscilación entre ambos enfoques no es lineal ni unidireccional, sino que responde a las necesidades técnicas del proceso. De este modo, puede postularse que los momentos de sostén y elaboración relacional son necesarios para propiciar ulteriormente las condiciones necesarias para el abordaje de contenidos intrapsíquicos.

Severidad clínica y adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas (hipótesis 3)

Respecto de la Hipótesis 3, los datos evidencian una relación bidireccional entre la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas y la severidad clínica. Por un lado, a mayor severidad clínica en una sesión, se observó una mayor adherencia del terapeuta en la siguiente, lo cual sugiere un ajuste técnico sensible al nivel de perturbación del paciente. Este hallazgo coincide con la literatura sobre responsividad técnica (Safran & Kraus, 2014), que plantea que el terapeuta tiende a modular su estilo de intervención en función de las fluctuaciones en el estado clínico y relacional del paciente. Por otro lado, una mayor adherencia predijo un incremento del foco de conflicto en la sesión siguiente, lo que podría indicar que la aplicación consistente del modelo psicodinámico favorece la emergencia de material conflictivo, promoviendo un proceso de elaboración más profundo (Hilsenroth et al., 2005; Luborsky, 1984).

Adicionalmente, el hallazgo de que el aumento en la severidad clínica predijo un incremento en la adherencia a intervenciones psicodinámicas (según la percepción del paciente) permite hipotetizar una respuesta correctiva del terapeuta frente a momentos de dificultad clínica. Este patrón es consistente con la noción de que los terapeutas adaptan sus estrategias de intervención en función de la evolución del paciente (Wampold & Imel, 2015), y con investigaciones que muestran la sensibilidad técnica de los clínicos ante fluctuaciones en la severidad (Krause et al., 2007).

Los resultados permiten plantear la hipótesis de que, ante indicadores de deterioro clínico, el terapeuta tiende a reorientar sus intervenciones hacia su marco

teórico de referencia, incrementando la adherencia a intervenciones psicodinámicas. En la medida en que la severidad se incrementa, las intervenciones del terapeuta se reorganizan progresivamente en consonancia con un encuadre psicodinámico, con el objetivo de abordar los fenómenos clínicos emergentes y sostener la continuidad del proceso terapéutico. Este ajuste técnico podría entenderse como una respuesta clínica orientada a contener y elaborar el aumento de la severidad clínica manifestada a lo largo del proceso.

Otra línea de discusión posible de estos hallazgos remite a la función de la adherencia como factor habilitante para el acceso a contenidos clínicos de mayor centralidad. La evidencia empírica previa indica que los terapeutas que sostienen intervenciones congruentes con el marco psicodinámico tienden a promover una mayor activación de focos conflictivos, así como modificaciones sintomáticas relevantes (Høglend et al., 2011). En este sentido, los resultados sugieren que la adherencia no se limita a asegurar fidelidad técnica, sino que además cumple un papel procesual fundamental en la disposición, regulación y gradación del trabajo focal a lo largo del tratamiento.

Se podría plantear que en la medida en que el terapeuta se ciñe a intervenciones psicodinámicas, promueve la preparación y tolerancia del paciente para el trabajo de conflictos más profundos. De este modo, ajusta sus intervenciones y la formulación a lo que el paciente puede tolerar, preparando al consultante y promoviendo las condiciones necesarias al interior del proceso terapéutico de modo tal de abordar los focos de conflicto estipulados. Este hallazgo apoya la necesidad de ajustar las intervenciones a la organización psíquica del paciente, tal como propone el OPD-2 en su eje estructural.

Conclusiones integradoras

Los resultados obtenidos en el presente estudio aportan evidencia empírica sobre la dinámica temporal que articula los focos terapéuticos, la adherencia técnica del terapeuta y la severidad clínica del paciente a lo largo de un proceso psicodinámico focalizado. En consonancia con los postulados del OPD-2, el proceso de cambio puede comprenderse como una reorganización progresiva de los ejes de conflicto, estructura y relación, que se expresan en los focos definidos al inicio y

actualizados a lo largo del tratamiento. En este sentido, el análisis de series temporales mostró relaciones significativas entre las variables estudiadas.

En este sentido, los análisis realizados permiten identificar una dinámica de alternancia entre los distintos componentes de la formulación del caso según el OPD-2, particularmente entre el foco relacional y los focos de conflicto, más que una activación simultánea de ambos. Asimismo, se observó que una mayor presencia de intervenciones psicodinámicas, evaluada mediante el CPPS, se asoció con momentos del proceso en los que se abordaron contenidos conflictivos de mayor complejidad intrapsíquica. En relación con la severidad clínica, los indicadores longitudinales del OQ-45 mostraron que los incrementos en el malestar del paciente tendieron a coincidir con un aumento posterior en la adherencia del terapeuta a intervenciones psicodinámicas, sugiriendo un ajuste técnico frente al deterioro clínico.

En conjunto, los resultados sugieren que la formulación del caso (y su operacionalización a través de los focos terapéuticos) no constituye una dimensión estática, sino que se despliega de manera alternante y dinámica. El entrelazamiento entre lo relacional y lo conflictivo parece requerir un equilibrio clínico, y la adherencia del terapeuta cumple un rol activo en la dosificación de estos movimientos, modulando la intensidad y direccionalidad del trabajo. Dicho esto, se puede hipotetizar que la adherencia a intervenciones de orden psicodinámico promueve la apertura de material mayormente asociado a problemáticas de conflicto. Del mismo modo, los efectos predictivos observados sugieren que, al apreciar un agravamiento sintomático en el paciente, el terapeuta se ajustó con mayor fidelidad a su marco teórico de referencia. Por último, el análisis de series temporales en este estudio de caso único abre hipótesis relevantes para futuras investigaciones sobre los mecanismos de cambio en psicoterapia psicodinámica focalizada.

Los resultados permiten, así, pensar el proceso terapéutico como un sistema dinámico autorregulado, donde paciente y terapeuta co-construyen una secuencia temporal de regulaciones mutuas. La severidad clínica, la adherencia técnica y los focos terapéuticos no actúan de manera independiente, sino que forman un entramado de interdependencias recíprocas que expresan la dialéctica entre estabilidad y cambio (Orlinsky & Howard, 1987). Desde esta perspectiva, la adherencia del terapeuta no se limita a la aplicación de un modelo técnico, sino que funciona como un operador de

contención y orientación del proceso, que permite sostener la coherencia focal y facilitar la reorganización estructural del paciente.

La alternancia entre focos de relación y conflicto observada a lo largo del tratamiento puede considerarse una expresión empírica del principio de autorregulación focal propuesto por Rudolf (2013): el proceso tiende a oscilar entre momentos de confrontación conflictiva y momentos de integración relacional, en una secuencia que favorece la consolidación del cambio estructural.

Los hallazgos de este estudio no sólo corroboran parcialmente las hipótesis planteadas, sino que amplían la comprensión del cambio psicodinámico como un fenómeno temporalmente organizado, en el que la técnica y la subjetividad del paciente se co-ajustan en torno a los focos de trabajo compartido.

Asimismo, el presente estudio refuerza la importancia de comprender la formulación de caso como un proceso dinámico y longitudinal, donde los focos relacionales y conflictivos se entrelazan en un movimiento de alternancia, y donde la adherencia del terapeuta cumple un rol activo en la modulación de la intensidad y direccionalidad del trabajo. El análisis de series temporales en este estudio de caso único abre hipótesis relevantes para futuras investigaciones sobre los mecanismos de cambio en psicoterapia psicodinámica focalizada. Los datos obtenidos responden a los objetivos planteados y sugieren que el análisis de series temporales aplicado a casos únicos constituye una vía metodológica prometedora para explorar los mecanismos de cambio en psicoterapia psicodinámica focalizada.

Tomados en su totalidad, estos resultados no solo permiten responder a los objetivos específicos planteados, sino que también generan hipótesis clínicas y metodológicas que enriquecen la comprensión de los mecanismos de cambio. Se han discutido estas implicancias a la luz del estado del arte, se contrastaron los hallazgos con la literatura internacional y se desarrollaron las conclusiones generales del estudio, así como sus limitaciones y proyecciones futuras.

Algunas consideraciones finales: implicancias para el campo psicodinámico

A modo de cierre, es dable destacar la utilidad del OPD-2 como una herramienta sistemática para la formulación de casos en terapia psicodinámica. El recorrido a través de los ejes diagnósticos que ofrece el manual ha permitido el

análisis y diagnóstico de los aspectos centrales del caso Gonzalo al momento de su consulta. Se han podido comprender las razones del paciente en la búsqueda de un tratamiento, los aspectos vivenciales de su problemática y el tipo de terapia que parecería más adecuado para Gonzalo.

Asimismo, los criterios OPD ilustrados permiten identificar el patrón relacional predominante en el paciente y el registro contra-transferencial, que resulta contributivo como recurso para comprender la modalidad vincular preponderante. También, delimitar las conflictivas intrapsíquicas más significativas y el modo de funcionamiento estructural de Gonzalo, organizado en términos del sí mismo y su relación con los objetos. A su vez, todo este conjunto de datos e información es complementado con los diagnósticos descriptivos del paciente, procurando lograr una comprensión psicodinámica de los trastornos tipificados en los sistemas DSM y CIE.

La formulación del presente caso da cuenta de la utilidad del OPD 2 como una herramienta válida y sistematizada de investigación orientada a la práctica clínica. La descripción del perfil OPD 2 que abarca los cinco ejes diagnósticos, y la selección de focos terapéuticos tendientes a la planificación de la psicoterapia, ilustran la utilidad del manual para la formulación de casos y la personalización de tratamientos (Juan & Gómez Penedo, 2020).

Lo precedentemente expuesto demuestra la necesidad de difundir este tipo de instrumentos en nuestro contexto; y denota las implicancias para la investigación, la práctica clínica y la formación en el campo psicoanalítico-psicodinámico (Juan et al., 2024). En definitiva, la modalidad de procesamiento del material clínico y su posterior análisis habilitan la posibilidad de un trabajo terapéutico basado en evidencia empírica con base psicodinámica y con una orientación estratégica bien definida.

Desde el marco de la psicoterapia psicodinámica focalizada, los resultados del presente estudio pueden comprenderse a partir de la concepción de la formulación del caso propuesta por el OPD-2, entendida no como un dispositivo diagnóstico estático, sino como una estructura dinámica que organiza y regula el proceso terapéutico (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008; Rudolf, 2013).

Además, el empleo de instrumentos validados como el OPD-2, el OQ-45.2, el CPPS y la Escala de Presencia de Foco permitió una evaluación rigurosa y multifacética tanto del proceso como del resultado terapéutico. De este modo, este

trabajo contribuyó a la integración entre investigación y práctica clínica, ofreciendo insumos relevantes para el desarrollo de tratamientos más eficaces y técnicamente consistentes dentro del campo de la psicoterapia psicodinámica contemporánea.

Limitaciones

Ni el control de las variables intervinientes ni la ausencia de relaciones espurias entre las variables estudiadas pueden garantizarse debido al diseño metodológico del estudio. No obstante, algunos autores han señalado que la evaluación continua de medidas de proceso desde las etapas iniciales del tratamiento, tal como se realizó en este trabajo, reduce la posibilidad de que variables intervinientes impacten tanto en el cambio como en los componentes del proceso terapéutico (Roussos et al., 2016; Strunk et al., 2010). El doble rol de terapeuta-investigador adoptado por el clínico tratante (director de la presente tesis) se inscribe en el enfoque de investigación orientado a la práctica del estudio, aunque también podría constituir una fuente potencial de sesgos. Procuramos controlar dichos sesgos manteniendo al terapeuta ciego respecto de la codificación de los evaluadores y utilizando el perfil psicodinámico de estos para valorar la presencia de focos OPD, en lugar de la perspectiva del terapeuta sobre el paciente. Al mismo tiempo, debemos reconocer que la exclusión del juicio clínico del terapeuta tratante puede representar una debilidad del diseño en sí mismo. En estudios futuros, deberíamos complementar los resultados observados en el presente trabajo considerando la formulación de caso y las evaluaciones del terapeuta. Como punto de partida de esta agenda de investigación, en trabajos previos (Juan et al., 2019, 2020), los mismos evaluadores y el terapeuta que participaron en este estudio codificaron el mismo material clínico y alcanzaron fuertes convergencias entre perspectivas. Esta misma tendencia se observó al efectuar un perfil OPD-2 completo de Gonzalo en el trabajo previo de Giunta (2024), que mostró altas convergencias con el trabajo que jueces externos habían realizado previamente sobre el caso.

Finalmente, como en toda investigación de caso único, los datos observados pueden deberse a las especificidades del caso y de la diada terapéutica. Se requiere investigación futura para replicar los hallazgos con diferentes diseños. Además, la naturaleza psicodinámica del caso único estudiado puede implicar que los resultados

observados sólo sean aplicables dentro de este modelo teórico. Tal como señalamos en las direcciones futuras, se necesita nueva investigación que replique nuestros hallazgos analizando casos conducidos desde otras orientaciones terapéuticas.

Direcciones futuras

Con la presente investigación estudiamos secuencias de cambio, intentando comprender mejor los mecanismos en juego en la terapia psicodinámica. Por un lado, futuros esfuerzos podrían replicar estudios sistemáticos de caso único que incluyan modalidades de tratamiento distintas de la psicodinámica. Esto resultaría relevante para comprender mejor los mecanismos transteóricos de cambio en acción. Por otro lado, la investigación futura debería contribuir al desarrollo del campo de la terapia psicodinámica como método de tratamiento empíricamente fundamentado, fortaleciendo las teorías psicodinámicas y la formación con el apoyo de la investigación. Asimismo, destacamos las posibilidades futuras de herramientas sistemáticas como el OPD-2 para la investigación psicodinámica orientada a la práctica. El presente estudio ejemplificó cómo los criterios del OPD-2 pueden describir aspectos clave de un tratamiento psicodinámico y operacionalizar dimensiones centrales de cambio postuladas por la teoría psicodinámica. Esto puede constituir una plataforma para futuras líneas de investigación (véase Juan & Gómez Penedo, 2020). En nuevos estudios en curso (Juan et al., 2025) se está profundizando el uso del OPD-2 como medida de cambio, y explorando la interacción con el funcionamiento reflexivo, la mejoría sintomática y la severidad clínica. En esta agenda de investigación, otros proyectos en curso apuntan a complementar los diseños de caso único con evaluaciones transversales, combinando estrategias ideográficas y nomotéticas (Lavanga, 2025). Esta línea de estudio busca articular los efectos intra e intersujetos al analizar los mecanismos de cambio en la terapia psicodinámica.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, R. J. (2013). Research on psychodynamic therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 443–494). New York, NY: John Wiley & Sons
- Barber, J. & Sharpless, B. (2015) On the future of psychodynamic therapy research, *Psychotherapy Research*, 25(3), 309-320, DOI: 10.1080/10503307.2014.996624
- Barreira, I. (2016). *Análisis crítico del diagnóstico en salud mental: Nosologías y nosografías en psiquiatría y psicoanálisis*. Editorial Académica Española.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205.
- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L., & Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica del caso: su valor para la práctica clínica*. Montevideo, Grupo Magro Editores.
- Boswell, J. F., Anderson, L. M., & Barlow, D. H. (2014). An idiographic analysis of Change Processes in the Unified Transdiagnostic Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 1060–1071.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-000>
- Cierpka, M., Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H. D., De la Parra, G., & Rost, R. (2010). La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD2). *Clínica e Investigación Relacional*, 4, 221-35.
- Dagnino, P., de la Parra, G., Jaramillo, A., Crempien, C., Padilla, O., Gómez-Barris, E., & Rodríguez, S. (2014). El devenir del cambio: Cómo es y hacia dónde se dirige. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 23-40.

- Dagnino, R. & De la Parra, G. (2009). Manual traducido al español de la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS). Pontificia Universidad Católica de Chile.
- De la Parra, G., Crempien, C., Morales, S., Zúñiga, A. K., & Errázuriz, A. (Eds.). (2023). *Herramientas Psicoterapéuticas para el Manejo de Pacientes con Depresión: Una guía para el trabajo en atención primaria*. Ediciones UC.
- De la Parra, G., Gómez-Barris, E., & Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6. Disponible en: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abr_il2016/delaparra.pdf
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E., & Kealy, D., & Curtis, J. T. (2025). Failure to evaluate and modify a case formulation across the course of therapy: A risk factor for poor psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 35(2), 150–160.
- Diener, M., Hilsenroth, M., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Eells, T. D. (2007). Generating and Generalizing Knowledge about Psychotherapy from Pragmatic Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1). <https://doi.org/10.14713/pcsp.v3i1.893>
- Ehrenthal, J. C., & Benecke, C. (2019). Tailored treatment planning for individuals with personality disorders: The operationalized psychodynamic diagnosis (OPD) approach. In U. Kramer (Ed.), *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client* (pp. 291–314). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00015-1>
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. W W Norton & Co.
- Fernández-Álvarez, H., Hirsh, H., Maristany, M. & Torrente, F. (2005). Propiedades psicométricas del OQ-45.2 en la Argentina: un estudio piloto. Paper presented at IV Congreso Mundial de Psicoterapia, Buenos Aires.

- Freud, S. (2001). Sobre la dinámica de la transferencia. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol. 12, pp. 93-106). Amorrortu. (Trabajo original publicado 1912).
- Freud, S. (1992). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras completas* (Vol. 14). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915)
- Gabbard, G. (2000/2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3ra ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Ghaderi, A. (2011). Does case formulation make a difference to treatment outcome? *Forensic case formulation*, 61-79. <https://doi.org/10.1002/9781119977018.ch3>
- Giunta, G. (2024). Análisis de un caso clínico según los criterios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD 2: aportes para la clínica y la investigación. Trabajo Integrador Final. Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM). <http://190.18.132.122/pergamo/opac/pgmedia/EDocs/2024-iusam-giunta.pdf>
- Gómez Penedo, J. M., Barrientos, J. C., Martínez, A., & Roussos, A. (2016). Escala Comparativa del Proceso Psicoterapéutico (CPPS): análisis de la validez y confiabilidad de su adaptación al castellano. *Estudios de Psicología= Studies in Psychology*, 37(2), 666-677.
- Gómez Penedo, J. M., Juan, S., Manubens, R.T. & Roussos, A. (2017). El estudio del cambio en psicoterapia: desafíos conceptuales y problemas de investigación empírica. *Anuario de Investigaciones*, Vol. XXIV, Tomo I, 15-24. ISSN 0329-5885, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. In: http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/24/gomez_penedo.pdf
- Gottdiener, W.H., & Suh, J.J. (2012). Expanding the Single-Case Study: A Proposed Psychoanalytic Research Program. *Psychoanalytic Review*, 99, 81-102
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder, Barcelona.

- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical psychology review*, 27(6), 715-723.
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340.
<https://psycnet.apa.org/record/2005-12958-007>
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K. P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1739-1746.
- Juan, S., Babl, A., Bevacqua, L., Bidal, M., Comastri, S., Gómez Penedo, J.M., Lavanga, M., Phan, D., Ronchi, A., Varela, P., Vignati, P., & Barreira, I. (Manuscrito en preparación). *Reflective functioning and structural change in psychodynamic therapy: a single-case time-series analysis*.
- Juan, S., & Gómez Penedo, J.M. (2020). Introduction to special section. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 22(3), 1-7.
<https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celq.org.br/pdf/v22n3a01.pdf>
- Juan, S., Manubens, R., Muiños, R., Babl, A., & Gómez Penedo, J.M. (2023). Mechanisms of change in Focused Psychodynamic Therapy: a systematized single-case time-series analysis. *Cogent Mental Health*, 2:1, 2266229, DOI:10.1080/28324765.2023.2266229
- Juan, S., Manubens, R., Chávez, I., López Fediuk, L., Roussos, A. & Gómez-Penedo, J. M. (2019). Focos Terapéuticos en un Caso de Abandono Temprano: Perspectivas del Terapeuta y de Jueces Externos. *Investigaciones en Psicología*, 24(2), 33-42. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/170596>
- Juan, S., Manubens, R., Romero Pimienta, A., & Gómez Penedo, J.M. (2021). La formulación del caso para la práctica clínica y la investigación: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 15. Disponible en:
https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/formulacion_del_caso.pdf

- Juan, S., Vanegas Osorio, J. H., Giunta, G., Lavanga, N., Salgado, J., Vicente, A., & Gómez Penedo, J. M. (2024). Diagnóstico y formulación de casos en terapia psicodinámica: una revisión sobre herramientas actuales. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 35(164): 56-67.
- Kächele, H. (2010). Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(1), 35–43.
- Kächele, H., Schachter, J., & Thöma, H. (2009). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single-case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*. New York, Routledge.
- Kealy, D., & Curtis, J. T. (2025). Failure to evaluate and modify a case formulation across the course of therapy: A risk factor for poor psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 35(2), 150–160.
<https://doi.org/10.1037/int0000359>
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2014). Change in Attachment and Reflective Function in Borderline Patients with and without Comorbid Narcissistic Personality Disorder in Transference Focused Psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 175-210.
- Kernberg, O. F. (2021). Challenges for the future of psychoanalysis. *The American Journal of Psychoanalysis*, 81(3), 281-300.
- Kramer, U. (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client*. Cambridge: Elsevier-Academic Press.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echávarri, O., Vilches, O., Kay, B., Ramírez, I., Reyes, L., Altimir, C., & Strasser, K. (2007). Indicadores de cambio genéricos en la psicoterapia psicológica: Una propuesta de deslindes conceptuales y operativos. *Psykhé (Santiago)*, 16(1), 71-89. doi.org
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 169–218). New York, NY: John Wiley & Sons.

- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós. (Obra original publicada en 1967)
- Lavanga, N., Areas, M., Gómez Pendedo J.M., & Juan, S. (Manuscrito en evaluación). Adaptación al contexto Argentino del Cuestionario de Estructura del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, versión abreviada (OPD-SQS). *Revista Psicoespacios*.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A manual of Supportive-Expressive Treatment*. New York, Basic Books.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a Pervasive Psychic Structure in Psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In: Freedman, N., Grand, S. (eds) *Communicative Structures and Psychic Structures. The Downstate Series of Research in Psychiatry and Psychology*, vol 1. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-0492-1_16
- Luyten, P., Lowyck, B., & Blatt, S. J. (2017). Mechanisms of change through the lens of two-polarities models of personality development: State of the art and new directions. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(3), 179-190.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. In: M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 134–166). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Perry, S., Cooper, A. M., & Michels, R. (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 144(5), 543–550. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.5.543>
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. The Guilford Press.

- Roussos, A. J., Gomez Penedo, J. M., & Muiños, R. (2016). A time-series analysis of therapeutic alliance, interventions, and client's clinical status in an evidence-based single-case study: evidence for establishing change mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 28(1), 137–149. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1174346>
- Rudolf G. (2006/2017). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Aufl. Stuttgart: Schattauer; Versión en castellano: *Psicoterapia orientada a la estructura psíquica*. Editado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Responsable de la traducción: Dr. Álvaro Romero Pimienta
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sifneos, P. E. (1987). *Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1-13.
- Smith, J. A. (2006). The impact of focus on therapeutic process and outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 132–143.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschweiler-Stern, N., & Tronick, E. Z. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The “something more” than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903–921.
- Summers, R., & Barber, J. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York: Guilford.
- Summers, R., Xuan, Y., & Tavakoli, D.N. (2013). Teaching Focus in Psychotherapy: A Training Essential. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(1) 91–110, 2013

- Tillman, J.G., Clemence, A.J., & Stevens, J.L. (2011). Mixed Methods Research Design for Pragmatic Psychoanalytic Studies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59, 1023-1040
- Thoma, H., & Kachele, H. (1985/1989). Teoría y Práctica del Psicoanálisis. I Fundamentos. Barcelona: Editorial Herder S.A.
- Vanegas-Osorio, J. & de la Parra, G. (2020). Trastorno de la personalidad: la mirada dimensional del diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 12(2), e343219. doi: [https://doi.org/10.17533/ udea.rp.e343219](https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343219)
- Varela, B., Souza, L. D., Miller, D., Oyenard, R., Villalba, L., Zytner, R., & Bernardi, R. (2014). La formulación psicodinámica del caso (FPC). *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 173-195.
- Verhulst, J., De Schryver, M., & Meganck, R. (2010). The clinical impact of a psychodynamic case formulation method: A process-outcome study. *Psychotherapy Research*, 20(3), 287–297.
- von Bergen, A., & 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(2), 161–176.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). Learning from well-trained and experienced dynamic psychotherapists: Research on the efficacy of dynamic psychotherapy and its mechanisms of change. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 58-88.