

# Focos Terapéuticos en un Caso de Abandono Temprano: Perspectivas del Terapeuta y de Jueces Externos

## *Therapeutic Foci in an Early Dropout Case: Therapist's and External Judges' Perspectives*

Santiago Juan<sup>1</sup> ; Rocío Tamara Manubens<sup>2</sup> ; Itzel Chávez<sup>3</sup>; Luciana López Fediuk<sup>4</sup>;  
Andrés Roussos<sup>5</sup> ; Juan Martín Gómez Penedo<sup>6</sup> 

### RESUMEN

**Introducción:** es necesario mayor estudio de la experiencia de abandono terapéutico temprano. Indagar sistemáticamente casos únicos puede conformar una respuesta orgánica a este desafío. **Objetivos y métodos:** se analizó y comparó la evolución de focos terapéuticos, planteados por el terapeuta tratante y por dos juezas externas, para un caso de abandono temprano de psicoterapia psicodinámica focalizada de un trastorno emocional. Ciegas a la codificación de la contraparte, terapeuta y juezas utilizaron el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado-2 (OPD-2) para generar un perfil psicodinámico y establecer focos de tratamiento. Para cada foco, aplicaron la Escala de Presencia de Foco y la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg. **Resultados y discusión:** se observaron puntos de convergencia y divergencia entre las perspectivas de terapeuta y juezas externas. Se discute la utilidad de dichos puntos para la comprensión del abandono temprano del paciente, así como las implicancias del OPD-2 como herramienta de investigación orientada a la práctica.

**Palabras clave:** OPD-2, Terapia psicodinámica, Abandono temprano, Caso único, Investigación orientada a la práctica.

### ABSTRACT

**Introduction:** more study on the experience of therapeutic early dropout is needed. The systematic study of psychodynamic single cases can conform an organic response to this challenge. **Aims & Methods:** therapeutic foci's evolution, proposed by both treating therapist and two external judges, for the same early dropout case of a focused psychodynamic psychotherapy for an emotional disorder, were analyzed and compared. Blind to the counterpart's rating process, therapist and judges employed Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in order to generate a psychodynamic profile and establish therapeutic foci. For each focus, they applied the Focus Presence Scale and the Heidelberg Structural Change Scale. **Results & Discussion:** specific convergences' and discrepancies' points between therapist's and judges' perspectives were observed. Such points' usefulness for the understanding of patient's early dropout, together with OPD-2' implications as a practice-oriented research tool, are discussed.

**Keywords:** OPD-2, Psychodynamic therapy, Early dropout, Single case, Practice-oriented research.

**Recibido:** 30-09-2019

**Aceptado:** 27-11-2019

**Citar:** Juan, S., Manubens, R. T., 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), pp-33-42. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a24>

<sup>1</sup>Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA). Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM). Buenos Aires, Argentina. [drsantiagojuan@gmail.com](mailto:drsantiagojuan@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. [rociomanubens@psi.uba.ar](mailto:rociomanubens@psi.uba.ar)

<sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

<sup>4</sup>Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. [lic.lopezfediuk@gmail.com](mailto:lic.lopezfediuk@gmail.com)

<sup>5</sup>Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. CONICET. Buenos Aires, Argentina. [roussos@psi.uba.ar](mailto:roussos@psi.uba.ar)

<sup>6</sup>Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. CONICET. Buenos Aires, Argentina. [jmgomezpenedo@gmail.com](mailto:jmgomezpenedo@gmail.com)

## Introducción

En las últimas décadas, clínicos e investigadores han resaltado necesidades vigentes para el campo psicodinámico, vinculadas con: a) combinar juicio clínico, teoría e investigación empírica (Levy et al., 2012), b) operacionalizar, registrar y evaluar procesos y resultados (Dagnino, 2013; Dagnino et al., 2014; Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008; Juan & Pozzi, 2016), y c) acumular evidencia a favor de postulados y procedimientos (Barber & Sharpless, 2015). Por una parte, algunos estudios han sugerido que el registro sistemático de casos psicodinámicos puede constituir una respuesta orgánica a este tipo de desafíos (Gottdiener & Suh, 2012; Tillman et al., 2011). Por otra parte, los estándares actuales sobre estudios empíricos de casos únicos (American Psychiatric Association, s.f.; Kazdin, 2002) plantean la necesidad de vincular diferentes perspectivas del proceso terapéutico, combinando, por ejemplo, la visión del terapeuta con la visión de jueces externos. A su vez, la temática del abandono terapéutico conforma otro conjunto de problemas para la clínica y la investigación (Linardon et al., 2018; Roos & Werbart, 2013; Swift et al., 2017) que requiere un estudio hacia el interior de la experiencia de abandono, las diferentes categorías posibles de este fenómeno, y cómo el no completamiento del proceso puede hacernos comprender, en retrospectiva, la evolución del paciente (Rodríguez Quiroga de Pereira et al., 2018).

Dentro de este contexto, este trabajo tuvo como objetivo analizar y comparar la evolución de los focos terapéuticos, planteados por el terapeuta tratante y por dos juezas externas, sobre un mismo caso de abandono temprano de psicoterapia psicodinámica focalizada. Al tratarse de un caso de abandono, el presente estudio buscó contribuir a la comprensión de este complejo fenómeno clínico, que marca todo un desafío para la investigación empírica en psicoterapia. Así, el análisis de datos y la discusión se centraron en la idea de cómo podía comprenderse la interrupción del tratamiento a partir del estudio de convergencias y divergencias entre la visión del clínico tratante y la visión de jueces externos.

De modo más amplio, la presente investigación se inserta en un proyecto marco, destinado a indagar mecanismos de cambio en casos únicos de psicoterapia psicodinámica, subsidiado por la Society for Psychotherapy Research (SPR).

Como será detallado más adelante (ver *Procedimientos*), se utilizó el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) como herramienta fundamental para analizar el caso y comparar las perspectivas del terapeuta y de jueces externos. De este modo, el trabajo también pretende ilustrar la utilidad de dicha herramienta, aportando al estudio de su confiabilidad y su validez teórica, y colaborando con la difusión de un instrumento, aún poco difundido en nuestro medio, para clínicos, investigadores y estudiantes, interesados en el campo de las psicoterapias psicodinámicas (c.f. De la Parra, Gómez-Barris & Dagnino, 2016; Juan et al., 2018).

Por último, el presente estudio se incluye dentro del

paradigma de *la investigación orientada a la práctica* (Fernández-Álvarez & Castonguay, 2018), no sólo porque vincula los roles de terapeuta tratante e investigador como parte de su diseño metodológico, sino porque, de manera más global, busca generar evidencias clínicamente relevantes, respondiendo, mediante procedimientos empíricos, a preguntas de origen clínico.

## Métodos

### Paciente

Al momento de la consulta, Ángel (pseudónimo) tenía 30 años, era soltero y de clase media. Nunca había consultado a un psicólogo o un psiquiatra. Vivía solo y trabajaba en una importante tienda comercial en la Ciudad de Buenos Aires. Su motivo de consulta se vinculaba con que, luego de terminar una relación de pareja de varios años, había comenzado a tener numerosas crisis de ansiedad de manera diaria. Ángel había vivido una situación similar hace algunos años, que había remitido sin ayuda terapéutica, pero esta vez sentía no poder resolverlo solo. Dentro de su motivo de consulta, Ángel también incluyó el sentirse conflictuado, desde hace varios años, entre su rol como empleado y lo que sentía como su vocación artística: dedicarse profesionalmente al canto.

### Terapeuta

Al momento de iniciar el tratamiento, tenía 38 años, contaba con una experiencia clínica de 13 años y había realizado entrenamiento en psicoterapia psicodinámica, incluyendo una certificación internacional en el manejo del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)<sup>1</sup>. En el marco del presente estudio, cumplió el doble rol de terapeuta-investigador.

### Tratamiento: psicoterapia psicodinámica focalizada

La terapia psicoanalítica (o psicodinámica) focal está basada en la teoría de procesos inconscientes y los principios de resistencia y transferencia (Kächele, 2010; Luborsky, 1984; Sifneos, 1987). Para esta investigación, se trató de un proceso con dos entrevistas diagnósticas y cinco sesiones de tratamiento subsiguientes, de frecuencia semanal, antes de que el paciente interrumpiera el tratamiento. El concepto de terapia *focalizada* implica que el trabajo terapéutico puede centralizarse consistentemente en un proceso patógeno de raíz inconsciente, dado por conflictos intrapsíquicos o por vulnerabilidades estructurales (Fiorini, 1973; Jiménez, 2003; Summers & Barber, 2010; Thöma & Kächele, 1985/1989). En este enfoque, el ganar conciencia sobre conflictos inconscientes no es considerado como el único ingrediente activo de la

<sup>1</sup>Diplomado en Diagnóstico, Indicación y Estrategias en Psicoterapia: diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) Pontificia Universidad Católica de Chile. Más información en: <http://www.educacioncontinua.uc.cl/32917-ficha-diplomado-en-diagnostico-indicacion-y-estrategias-en-psicoterapia-diagnostico-psicodinamico-operacionalizado-opd-2>

terapia. Tanto las experiencias emocionales correctivas como las estrategias de apoyo son también incorporadas como parte del repertorio estratégico del clínico (Alexander & French, 1946; Barber & Crits-Christoph, 1995). De acuerdo con estos principios generales, el OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) ofrece un método sistemático para seleccionar y evaluar los focos terapéuticos durante el tratamiento, aplicable tanto a la práctica clínica como a la investigación. Las áreas problemáticas nucleares del paciente (focos OPD-2) fueron definidas para el paciente utilizando la estructura multi-axial del OPD-2 (ver *Materiales*). El término “nucleares” refiere a aquellos aspectos del perfil OPD-2 del caso que se presumieron como originando y/o manteniendo los síntomas y las dificultades interpersonales del paciente. Por lo tanto, la definición de dichas áreas problema conllevó el estatus de hipótesis psicodinámica, infiriendo que algún nivel de cambio debía tener lugar en relación con dichas áreas a fin de lograr una reducción o eliminación de los síntomas y quejas del paciente. Estudios previos (Grande et al., 2009; Grande et al., 2012) han indicado que la selección de hasta cinco focos OPD-2 es suficiente para identificar el perfil psicodinámico de un paciente. En el presente estudio, se seleccionaron cinco focos: un foco relación, dos focos de conflicto y dos focos de estructura (para más información, ver: Juan et al., 2017).

### Sobre el contexto del abandono temprano

Luego de la quinta y última sesión, el paciente le comunicó al terapeuta por medio de una aplicación de mensajería que no continuaría con el tratamiento, eligiendo no hacer una sesión de cierre. Aclaró que las sesiones le habían servido mucho, pero que por el momento pensaba priorizar su tiempo en otras actividades. Seis meses después, volvió a comunicarse para pagar honorarios pendientes y recomendar a una persona de su confianza con el terapeuta. Se mostró muy conforme con el proceso realizado y no descartó volver a contactar al terapeuta en un futuro.

### Instrumentos

**Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).** El OPD-2 es un sistema diagnóstico que propone una articulación integrada de diferentes dimensiones, lo que permite una orientación terapéutica para el tratamiento y un uso sistemático para investigación empírica. Propone cinco ejes diagnósticos: I) Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, II) Relación, III) Conflicto, IV) Estructura y V) Trastornos psíquicos según sistemas DSM-CIE. A partir de la información brindada por los cinco ejes, se eligen cinco focos terapéuticos que conducirán el tratamiento. En la sección “Resultados” se explicarán los focos resultantes del perfil.

**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 lo sucesivo, se utilizará la sigla EPF para referirse a esta escala (ver Tabla 4 en sección resultados para más detalle).

**Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS; Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).** Esta escala permite la evaluación del nivel de cambio estructural de áreas problema (focos OPD-2) en el tiempo. Se integra por siete etapas, divididas en subetapas. Röst et al. (2009) efectuaron la traducción al castellano del manual de aplicación, el cual fue utilizado como guía fundamental en este estudio. Como explican los autores (ver también: Juan & Pozzi, 2016), la escala permite considerar que los focos OPD-2 establecidos se mueven en un continuo entre el absoluto rechazo defensivo del foco (puntaje 1) por parte del paciente hasta la completa elaboración del mismo (puntaje 7). La escala ofrece dimensiones para monitorear la evolución sobre los focos, que incluyen, entre otras: el cambio desde la atribución al exterior de demandas excesivas hacia el trabajo sobre la propia participación en los conflictos; el cambio desde la rigidez defensiva hasta la flexibilización y concientización de defensas; el cambio desde la presencia no deseada del foco hasta su disolución, incluyendo nuevas posibilidades de vivencias y conductas.

### Procedimientos

Una vez que Ángel fue derivado al terapeuta. Se le detallaron en profundidad las características de la investigación y el tratamiento que se llevaría a cabo. El paciente firmó un consentimiento para participar del estudio, se le explicaron potenciales riesgos y beneficios de su participación, se le aclaró el cuidado en la confidencialidad y circulación de sus datos, y se le indicó que podía interrumpir su colaboración en cualquier momento, sin que esto afectara la continuidad de su tratamiento. Cada sesión fue audiograbada y las primeras dos entrevistas también fueron transcritas. Tanto el terapeuta tratante como dos juezas externas – graduadas en psicología, dedicadas a la clínica y la investigación, con más de 6 meses de entrenamiento en el uso del OPD-2 – generaron individualmente un perfil OPD-2 completo del paciente a partir de las dos primeras entrevistas diagnósticas, siendo ciegos al proceso de codificación de la contraparte. La codificación de las juezas externas fue realizada por consenso, siguiendo los lineamientos de la metodología cualitativa CQR (Hill, Knox, et al., 1997; Hill, Thompson, et al., 2005; Juan et al., 2011). Los perfiles OPD-2, generados tanto por el terapeuta como por las juezas, incluyeron cinco focos: un foco de relación, dos focos de conflicto y dos focos de estructura. Teniendo en cuenta estos focos, posteriormente, y luego de cada sesión, tanto las juezas como el terapeuta emplearon la escala de presencia de foco EPF (ver *Materiales*) y la escala de cambio estructural HSCS (ver *Materiales*), siendo también ciegos a la codificación de la contraparte. Se generaron, así, una versión del terapeuta y una versión consensuada final de las juezas, tanto para el perfil OPD-2 inicial, como para las codificaciones de presencia de los focos y las codificaciones de

cambio estructural respecto de éstos. Se realizó un análisis comparativo de la selección de focos OPD-2 (ver Tabla 2). Se compararon los puntajes de la escala EPF de presencia de foco (ver Tabla 3) y de la escala HSCS de cambio estructural (ver Tabla 4). Se tomaron como momentos de medida la línea de base (puntajes codificados a partir de las dos entrevistas diagnósticas iniciales), la sesión dos y la sesión cinco, representando éstas la mitad y el final del tratamiento, respectivamente, antes de que el paciente lo discontinuara de manera unilateral.

## Resultados

Los resultados obtenidos han sido organizados en función de los objetivos del presente estudio (ver *Introducción*). De este modo, se presentan dos conjuntos de información: 1) la selección de focos OPD-2 efectuada, y 2) el nivel de presencia y cambio estructural para cada

foco del punto 1, considerando la línea de base, y las sesiones dos y cinco del tratamiento. En cada caso, se comparan la perspectiva de las juezas con la visión del terapeuta.

### Focos OPD-2 planteados para el caso: versión consensuada por las juezas externas y versión del terapeuta tratante

Se incluye un resumen del perfil OPD-2 generado en la Tabla 1. Por cuestiones de espacio, no es posible detallar la información.

A partir del perfil OPD-2 generado para el caso (ver Tabla 1), tanto las juezas como el terapeuta seleccionaron cinco focos a trabajar en el tratamiento del paciente. Se seleccionaron: un foco relacional, dos focos de conflicto y dos focos de estructura, llegando a un total de cinco focos OPD-2. La selección de focos efectuada tanto por las juezas como por el terapeuta se resume en la Tabla 2.

Tabla 1  
*Perfil OPD-2 generado por las juezas externas y por el terapeuta*

Eje	versión consensuada Juezas	versión Terapeuta tratante
Eje I	Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento	
	Presentación de síntomas físicos y psíquicos Concepto de enfermedad orientado a factores psíquicos, y levemente a factores somáticos Concepto de cambio: tratamiento psicoterapéutico Modelo de cambio: orientado hacia el conflicto (reflexivo) y la reducción de síntomas. Sin beneficio secundario enfermedad	Intensidad del padecimiento subjetivo: alto Capacidad de observación-mentalización media
	Intensidad del padecimiento subjetivo: leve Capacidad de observación-mentalización leve	
Eje II	Patrones relacionales disfuncionales. Perspectiva A: vivencia del paciente El paciente percibe que él, frente a los otros, ...	
	Domina, controla Exige espacios de libertad y autonomía	
	Se apoya poco, se muestra poco necesitado	Porfía, se opone
	El paciente percibe que los otros ...	
	Le hacen reproches, culpan	
	Lo admiran idealizan Lo dominan, controlan y exigen	No le dejan espacios de libertad, se entrometen Le retiran el afecto
	Patrones relacionales disfuncionales. Perspectiva B: vivencia de los otros (y del evaluador) Los otros (incluido el evaluador) vivencian que el paciente ...	
	Se enaltece y se coloca en el centro del interés Se retira, se cierra, se va	
	Domina, controla	Ataca, daña
	Los otros (incluido el evaluador) vivencian que ellos, respecto al paciente, ...:	
	Porfían, se oponen, Le hacen reproches y culpan	Lo dominan, controlan, exigen Se protegen mucho de ataques, están alertas Se retiran se cierran, se van

Eje III	Conflictos activados	Conflicto principal: sumisión versus control	Secundario: conflicto de autovaloración (diagnóstico diferencial: conflicto identidad)	Secundario: conflicto de identidad
Eje IV	Funcionamiento estructural	Estructural total: nivel alto de integración Dimensión con nivel medio de integración: autorregulación		
Eje V		Diagnóstico DSM-5: Trastorno de Angustia sin Agorafobia.		

Tabla 2  
*Focos OPD-2 Planteados Para el Tratamiento de Ángel: Versión Juezas y Versión Terapeuta*

Foco OPD-2 planteado	Perspectiva Juezas	Perspectiva Terapeuta
Relación (oferta de rol inconsciente)	Se enaltece, se coloca en el centro del interés Se retira, se cierra, se va Domina, controla	Se enaltece, se coloca en el centro del interés Se retira, se cierra, se va Ataca, daña
Conflicto principal	Conflicto sumisión-control	Conflicto sumisión-control
Conflicto secundario	Conflicto de autovaloración	Conflicto de identidad
Foco estructura 1	Autorregulación: tolerancia afectiva	Autorregulación: manejo de los impulsos
Foco estructura 2	Comunicación emocional externa: empatía	Regulación relación con objeto: regulación de los intereses

### Foco relación.

Respecto del foco relacional, y como puede apreciarse en la Tabla 2, tanto las juezas como el terapeuta consideraron una oferta relacional inconsciente de Ángel vinculada con una oscilación desadaptativa entre colocarse en el centro del interés y retirarse de las relaciones. Al mismo tiempo, no convergieron en el tercer ítem, donde el terapeuta privilegió la oferta relacional de ataque y daño, mientras que las juezas priorizaron la oferta relacional de dominio y control. Es de notar que, ambas perspectivas (juezas y terapeuta) hayan coincidido en el aspecto central del foco relación, seleccionando los mismos dos ítems relacionales del listado de 32 ítems que ofrece el manual. Esto significa que, para ambas miradas, era importante trabajar con Ángel su forma egocentrada de vincularse y sus retiradas abruptas de las relaciones, analizando el impacto de estas conductas en la percepción del otro y su consecuente reacción, provocando eventualmente un círculo vicioso relacional desadaptativo.

### Focos de conflicto.

Yendo a los focos de conflicto, nuevamente juezas y terapeuta acordaron en la temática conflictiva “sumisión-control” como punto central a trabajar en el paciente, si bien plantearon que, como conflicto secundario, el paciente presentaba dinámicas diferentes (ver Tabla 2). Así, para las juezas se trató de analizar cómo Ángel podía trabajar sus problemas con el control y la autovaloración, mientras que el terapeuta estableció un foco donde el control se

vinculaba como temática conflictiva con la oposición de dos identidades en pugna (cantante-empleado).

### Focos de estructura.

Por último, a nivel de los focos de estructura, también hubo convergencias en la dimensión estructural más importante a trabajar con el paciente: la autorregulación. Las divergencias entre la perspectiva de las juezas y del terapeuta aparecieron al interior de esta dimensión estructural, donde las primeras rescataron como foco los problemas en el paciente para tolerar afectos desagradables (tolerancia afectiva), mientras que el terapeuta priorizó las dificultades para manejar sus impulsos (ver Tabla 2). Respecto del segundo foco de estructura, se observaron mayores discrepancias, en tanto las juezas plantearon la función estructural de la empatía, como parte de la comunicación emocional externa de Ángel, como problema a trabajar en el paciente. Por su parte, el terapeuta destacó como foco problemas de regulación de la relación con el objeto, específicamente la regulación de los intereses en las relaciones. Si bien es cierto que se trata de dos dimensiones estructurales diferentes (comunicación emocional y regulación de la relación con el objeto), también es cierto que las juezas y el terapeuta focalizaron en aspectos claramente relacionados. En efecto, la capacidad de empatizar con el otro está muy ligada a la posibilidad de regular los propios intereses y los de los demás al interior de las relaciones humanas.

### Presencia de focos terapéuticos a lo largo de las sesiones: versión juezas y versión terapeuta

De acuerdo con la Escala de Presencia del Foco (EPF) (ver *Materiales*), las juezas clasificaron al foco relación con un avance progresivo, comenzando por una vaga referencia al foco por parte de la díada paciente-terapeuta (puntaje 1), avanzando a un reconocimiento y exploración del foco (puntaje 2) y culminando hacia la sesión cinco en un trabajo activo sobre el mismo (puntaje 3). En la visión del terapeuta, este foco se mantuvo estable a lo largo de las sesiones analizadas, considerando que el

diálogo terapéutico de las mismas evidenciaba un reconocimiento y exploración del foco relacional (puntaje 2).

Respecto de los focos de conflicto, en la visión de las juezas el paciente comenzó con una vaga referencia a sus temáticas conflictivas (puntaje 1), para luego llegar a las sesiones dos y cinco con un reconocimiento y exploración del foco (puntaje 2). Para el terapeuta, el paciente comenzó con un puntaje más alto (reconocimiento y exploración del foco, puntaje 2), para luego descender a una vaga referencia al foco en la sesión dos (puntaje 1) y llegar a la sesión cinco con un puntaje 2.

Tabla 3  
*Presencia de Focos OPD-2 a lo Largo de las Sesiones*

Foco OPD-2	Línea de base		Sesión 2		Sesión 5	
	Juezas externas	Terapeuta	Juezas externas	Terapeuta	Juezas externas	Terapeuta
Relación	1	2	2	2	3	2
Conflicto	1	2	2	1	2	2
Estructura	1	0	1	1	1	1

*Nota.* Se promediaron los puntajes de los focos de conflicto y los focos de estructura. 0 = ausencia de trabajo en el foco; 1 = vaga referencia del foco; 2 = reconocimiento y exploración del foco; 3 = trabajo en el foco.

En el caso de los focos estructurales seleccionados, tanto las juezas como el terapeuta observaron una vaga referencia al foco (puntaje 1) a lo largo de las sesiones, con la excepción de que el terapeuta codificó una ausencia de focos de estructura en la línea de base. Esta información se resume en la Tabla 3.

### Evolución terapéutica de los focos: puntajes en la escala de cambio estructural planteados por las juezas y por el terapeuta

De acuerdo con la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (ver *Materiales*), en el caso del foco relación, tanto las juezas como el terapeuta codificaron una preocupación no deseada por el área problema a lo largo del tratamiento (puntaje 2). Es decir que Ángel notaba una presión sintomática displacentera pero no terminaba de asociarla con su propia persona. A diferencia de las juezas, el terapeuta, para la sesión dos, codificó un puntaje 3, entendiendo que el paciente avanzaba hacia una vaga conciencia del foco relacional.

Al comparar las clasificaciones de las juezas y del terapeuta en los focos de conflicto, se halló un acercamiento a este foco por parte del paciente, aunque con trayectorias diferentes de evolución según cada perspectiva. En ambas visiones, Ángel alcanzó una vaga conciencia del foco (puntaje 3), lo que implicó que comenzaba un reconocimiento de la propia responsabilidad en sus

conflictos. Sin embargo, dicho puntaje fue codificado para la sesión dos en la perspectiva de las juezas, y en la línea de base según la visión del terapeuta. A su vez, para las juezas, la evolución de los focos de conflicto fue descendente hacia la sesión cinco, donde codificaron un rechazo defensivo (puntaje 1) del foco conflicto. El terapeuta, por su parte, también codificó puntajes menores hacia la última sesión, aunque, a diferencia de las juezas, consideró que el paciente estaba a un nivel de preocupación no deseada de sus temas conflictivos (puntaje 2). En conjunto, para ambas perspectivas las trayectorias fueron descendentes, terminando el paciente hacia la sesión cinco con una menor elaboración del foco; aunque el descenso en la visión de las juezas fue más pronunciado y menos lineal que en la visión del clínico tratante.

Por último, al analizar los focos de estructura, se observaron las mayores discrepancias entre la visión de las juezas y la del terapeuta. Así, las primeras encontraron mayor trabajo por parte del paciente en sus temas de estructura, codificando una presión sintomática de los focos estructurales (puntaje 2), consistente a lo largo de todos los momentos de toma. Por su parte, el terapeuta observó un predominio del rechazo defensivo (puntaje 1) de los focos de estructura, que se mantuvo estable en los tres momentos de toma. La Tabla 4 resume la información obtenida.

Tabla 4  
*Evolución Terapéutica de los Focos OPD-2 a lo Largo de las Sesiones*

Foco OPD-2	Línea de base		Sesión 2		Sesión 5	
	Juezas externas	Terapeuta	Juezas externas	Terapeuta	Juezas externas	Terapeuta
Relación	2	2	2	3	2	2
Conflicto	2	3	3	2	1	2
Estructura	2	1	2	1	2	1

*Nota. Se promediaron los puntajes de los focos de conflicto y los focos de estructura. 1 = rechazo defensivo del foco; 2 = preocupación no deseada por el foco; 3 = vaga conciencia del foco.*

## Discusión

El presente trabajo describió y analizó divergencias y convergencias en la elaboración de un perfil psicodinámico, el consecuente establecimiento de focos de tratamiento, y la evaluación sobre su nivel de presencia y trabajo terapéutico, planteados tanto por dos juezas externas como por el terapeuta tratante, para un caso único de psicoterapia psicodinámica, cuyo paciente interrumpió tempranamente el tratamiento luego de dos entrevistas diagnósticas y cinco sesiones subsiguientes.

### Convergencias y divergencias entre las perspectivas del terapeuta y las juezas externas: ¿estrategia para comprender la interrupción temprana del tratamiento?

Tanto las juezas como el terapeuta convergieron en la oferta relacional del paciente, en su conflicto principal, y en el nivel de funcionamiento estructural global, de acuerdo con los criterios OPD-2 (ver Tablas 1 y 2). En términos de presencia del foco, se llegó como máximo a un punto 3: “trabajo sobre el foco”; y en términos de cambio estructural, se observó también un puntaje máximo de 3: “vaga conciencia del foco”, tanto en la visión del clínico tratante como de las dos juezas externas.

En los focos OPD-2 más presentes durante las sesiones analizadas (foco relacional y focos de conflicto), se alcanzó una preocupación no deseada del foco (puntaje 2) o una vaga conciencia del mismo (puntaje 3), en términos de la escala de cambio estructural HSCS. Por su parte, para los focos de estructura, que estuvieron mucho menos presentes en las sesiones analizadas, se codificó una evitación del área problema (puntaje 1) a una ausencia del foco (puntaje 0). Para las juezas la mayor parte de los focos estuvieron presentes en el tratamiento, mientras que para el terapeuta esto no fue así en el área estructural. Es de destacar que aquellos focos OPD-2 en donde hubo una clara coincidencia (relación y conflicto), fueron los más presentes durante las sesiones, así como los más trabajados terapéuticamente (ver Tablas 3 y 4).

Al analizar estos resultados a la luz del abandono temprano del paciente, cabe hipotetizar si la convergencia entre juezas y terapeuta en oferta de rol inconsciente y conflicto principal evidenció un área relevante a trabajar con el caso, pero que quizás estaba muy poco accesible

todavía para el paciente. En esta línea, podemos preguntarnos si no se logró un buen establecimiento del vínculo, que condujo a la interrupción unilateral del proceso, por ejemplo, considerando la oferta de rol egocentrada del paciente, tendiente al desafío y/o a la retirada. Lo mismo podría aplicarse a la conflictiva del paciente con el control, considerando, la lógica propia de este conflicto, vinculada con el desafío y la evitación de una posición de sometimiento frente a los otros. En conjunto, las convergencias globales observadas podrían estar marcando puntos psicodinámicos relevantes para el trabajo clínico que, por sus propias características, darían alguna base de explicación a la interrupción temprana del tratamiento. De forma complementaria, también es necesario considerar si el terapeuta intervino prematuramente sobre estos focos, sin antes establecer un nivel suficiente de alianza de trabajo.

Yendo a los puntos de divergencia, a nivel de conflicto juezas y terapeuta plantearon conflictos secundarios diferentes: para las primeras se trataba de una conflictiva de autovaloración, mientras que para el terapeuta estaba activo un conflicto de identidad (ver Tablas 1 y 2).

Desde una lectura clínica *a posteriori*, cabe formularse la pregunta de si al no considerar la autovaloración como foco de conflicto, el terapeuta pudo haber influido, sin notarlo, en el abandono temprano del paciente. De esto modo, por ejemplo, intervenciones del terapeuta focalizadas en los conflictos de control e identidad, pueden haber impactado a nivel de la autovaloración de Ángel, contribuyendo con la interrupción temprana del tratamiento. Así, mientras que el terapeuta pudo considerar que era necesario confrontar al paciente con su tendencia al control y sus roles normativos en pugna, dicha línea de abordaje podría haber desvalorizado aún más al paciente. Dicha interpretación de los resultados sugeriría la importancia de incorporar sistemas de monitoreo y evaluación de los procesos terapéuticos en psicoterapia psicodinámica, a los fines de brindar *feedback* a los clínicos, permitiéndoles considerar nuevas líneas de intervención o posibles puntos oscuros en su conceptualización y abordaje del paciente, así como también un instrumento de formación para terapeutas noveles (Areas et al., 2018).

También se observaron divergencias en torno a los focos de estructura de Ángel. En concordancia con lo mencionado al analizar las convergencias, el menor

acuerdo entre las perspectivas de juezas y terapeuta para los focos de estructura se acompañó de menor presencia y menor trabajo terapéutico sobre los mismos a lo largo de las sesiones analizadas.

Yendo al contenido específico de los focos de estructura, las juezas codificaron problemas de tolerancia afectiva y empatía, mientras que el terapeuta se inclinó por el manejo de impulsos y la regulación de intereses en la relación con el objeto. Cabe la posibilidad de preguntarse si acaso estos datos implican que el terapeuta podría haber obviado la falta de tolerancia afectiva como un problema estructural del paciente, pudiendo éste no estar en condiciones de tolerar determinadas intervenciones. Nuevamente, esta interpretación redundante en la importancia del feedback terapéutico como un recurso eventualmente valioso para prevenir abandonos tempranos. En este punto, probablemente hubiera sido clínicamente útil que el terapeuta hubiera recibido feedback por parte de las juezas, enriqueciendo su conceptualización del caso y la planificación general del tratamiento. Puntualmente, tener más presente cuestiones como la autovaloración y la tolerancia afectiva quizás hubiera contribuido a la continuidad del tratamiento.

En conjunto, del análisis de divergencias y convergencias pueden extraerse dos líneas de interpretación diferentes para el abandono temprano. Por una parte, si se hace hincapié en las limitaciones que, mediante el perfil OPD-2, tanto juezas como terapeutas diagnosticaron en Ángel, puede suponerse que la propia dinámica del paciente contribuyó por sí sola al abandono temprano. Esta hipótesis se apoyaría en considerar un paciente controlador, desafiante y egocéntrico que no aceptó la propuesta de tratamiento y decidió terminarlo, una vez aliviados sus síntomas de ansiedad, “cortando por lo sano” con su habitual actitud rígida. Por otra parte, si se hace hincapié en potenciales errores estratégicos del terapeuta, las juezas pueden haber identificado elementos claves del paciente que el clínico no consideró, precipitando la interrupción del proceso. Es probable, de todas formas, que en el abandono temprano haya participado una combinación de ambos factores (del paciente y del terapeuta).

Cobra relevancia, a su vez, considerar que el paciente interrumpió su psicoterapia aclarando que ésta le había servido y que, seis meses después, volvió a contactarse para regularizar honorarios, recomendar al terapeuta con una persona de su confianza y enfatizar lo mucho que el proceso le había aportado. Estos datos vuelven sobre lo problemático del término abandono, entendiendo que muchas veces se trata de una interrupción temprana desde la mirada del clínico, pero que puede corresponder a un proceso exitoso desde el punto de vista del paciente (Olivera et al., 2017).

### **El manual OPD-2: herramienta de investigación empírica orientada a la práctica**

Los resultados obtenidos también son válidos para evaluar la utilidad del OPD-2 en tanto plataforma de investigación empírica orientada a la práctica clínica psicodinámica. Los perfiles psicodinámicos generados en

el presente estudio ponen de manifiesto que el OPD-2 puede emplearse como guía y referente, ya que considera los ejes psicodinámicos centrales para conceptualizar casos, y seleccionar estrategias de focalización. Además, el OPD-2 proporciona una medida de mecanismos de cambio psicodinámicos, al incluir la escala de cambio estructural de Heidelberg, respondiendo así a la necesidad de identificar los cambios que se producen a través de una terapia basada en el psicoanálisis. En esta línea, las convergencias observadas entre el terapeuta y las juezas externas brindan sustento (empírico y clínico) a las categorías del OPD-2, como ejes operativos que describen información relevante para los tratamientos de orientación psicodinámica. Cabe recordar aquí que las convergencias no sólo se observaron a nivel del perfil psicodinámico (ver Tabla 1), sino también a nivel de la focalización efectuada (ver Tabla 2), el nivel evaluado para la presencia de los focos y el grado de cambio estructural codificado sobre los mismos (ver Tablas 3 y 4).

Respecto del doble rol terapeuta-investigador, las convergencias y divergencias entre la evaluación OPD-2 de las juezas y del terapeuta permite la aparición del feedback como un recurso valioso que, como se dijo antes, podría incluso haber evitado el abandono temprano del paciente. Tal como afirman De la Parra y colaboradores, la investigación empírica orientada a la práctica enfatiza la necesidad de un terapeuta “sensible a percibir y evaluar las características cambiantes de los pacientes y su contexto, capaz de reflexionar acerca de las propias habilidades y conocimientos” (De la Parra et al., 2018, p. 190). Creemos, que el OPD-2 puede constituir una *vía regia* en esa dirección. En la misma línea, la utilización del OPD-2 en este estudio también permite formularnos hipótesis sobre las diferencias y semejanzas entre lo que el paciente consideró como material de trabajo y lo que según criterio OPD-2 debía ser objeto de atención clínica.

En suma, el manual OPD-2 representa un puente entre el ejercicio clínico de la psicoterapia psicodinámica y la investigación. Esto ofrece la posibilidad de enriquecer ambos campos. El hecho de que constituya una herramienta que permite operacionalizar, registrar y evaluar todo el proceso terapéutico, incluyendo los resultados, torna su difusión en el área psicodinámica argentina y latinoamericana una gran posibilidad de enriquecer la labor de los profesionales y la formación de los estudiantes.

En este punto, una línea futura de investigación a la que estamos abocados refiere a la difusión del OPD-2 en Argentina, integrado su aporte hacia la práctica clínica (Juan & Pozzi, 2016), la investigación (Juan et al., 2014; Rodríguez Quiroga de Pereira et al., 2019) y la supervisión (Juan, 2017) en terapias psicodinámicas.

### **Limitaciones del estudio**

Teniendo en cuenta que el presente estudio analizó un caso de psicoterapia psicodinámica focalizada, se deben aplicar con cautela conclusiones hacia el psicoanálisis de larga duración, aunque no hay datos que sugieran que el cambio estructural está limitado en las terapias de mediano plazo, e incluso la literatura indica que pueden lograr-



se cambios tan estables como en las terapias de mayor duración (Barber & Sharpless, 2015). Por su parte, es importante considerar las ventajas y desventajas que conlleva el rol del terapeuta, quien ocupó para este estudio la posición de clínico y al mismo tiempo de investigador. Si bien esto representa una fortaleza y una búsqueda específica de esta investigación, en el marco de las investigaciones orientadas a la práctica, también puede ser una fuente de sesgos posibles. Asimismo, es necesario tomar en consideración que el estudio se realizó sobre un caso único. Independientemente de las contribuciones de estos diseños de investigación a la práctica clínica, es importante también remarcar que los resultados aquí descriptos pueden deberse en parte a especificidades del caso y la diada particular paciente-terapeuta. Futuras investigaciones deberán intentar explorar las hipótesis aquí planteadas con metodologías que permitan desarrollar inferencias generalizables a la población de pacientes de psicoterapia psicodinámica como un conjunto más amplio.

### Financiación

“Foco terapéutico y mecanismos de cambio en un caso único de psicoterapia psicodinámica”. Proyecto subsidiado por Society for Psychotherapy Research (SPR), Small Grant 2017-2018. Director: Dr. Santiago Juan.

### REFERENCIAS

Alexander, F. & French, T. (1946). *Psychoanalytic Psychotherapy*. Ronald Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association (s.f.). *Evidence-Based Case Study*. <http://www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx>

Areas, M., Roussos, A., Hirsch, H., Hirsch, P., Becerra, P. & Gómez-Penedo, J.M. (2018). Evaluación de un dispositivo de investigación orientada POR la práctica para el desarrollo de un sistema de feedback en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 229-249. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1064229>

Barber, J. & Crits-Christoph, P. (1995). *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Basic Books.

Barber, J. & Sharpless, B. (2015). On the future of psychodynamic therapy research. *Psychotherapy Research*, 25(3), 309-320. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.996624>

Dagnino, P. (2013). *Focus in Psychotherapy: Characteristics and trajectories through the therapeutic process* (Tesis de Doctorado, Universidad de Heidelberg, Alemania). <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/19193/>

Dagnino, P., De la Parra, G., Jaramillo, A., Crempien, C., Padilla, O., Gómez Barris, E. & Martínez, D. (2014). El Devenir del Cambio: Cómo es y hacia dónde se dirige. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 23-40. <https://revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=237>

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., Gómez-Barris, E. & Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6, 1-20. <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/delaparra.pdf>

De la Parra, G., Gómez-Barris, E., Zúñiga, A. K., Dagnino, P. & Valdés, C. (2018). Del “diván” al policlínico: Un modelo de psicoterapia para instituciones. Aprendiendo de la experiencia (empírica). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 182-202. <https://revistaclinicapsicologica.com/resumen.php?id=379>

Fernández-Álvarez, H. & Castonguay, L. (2018). Investigación orientada por la práctica: avances en colaboraciones entre clínicos e investigadores. Introducción. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 107-114. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1069>

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

Gottdiener, W. & Suh, J. (2012). Expanding the Single-Case Study: A Proposed Psychoanalytic Research Program. *Psychoanalytic Review*, 99(1), 81-102. <https://doi.org/10.1521/prev.2012.99.1.81>

Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M. & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-57. <https://doi.org/10.1080/10503300902914147>

Grande, T., Keller, W. & Rudolf, G. (2012). What Happens After Treatment: Can Structural Change be a Predictor of Long-Term Outcome? En R. Levy, J. Ablon & Kächele, H. (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. Humana Press, Springer.

Grupo de Trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder.

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A. & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>

Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The counseling psychologist*, 25(4), 517-572. <https://doi.org/10.1177/0011000097254001>

Jiménez, J. P. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. *Aperturas Psicoanalíticas*, 13. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=228ya=El-tratamiento-psicoterapeutico-de-la-depresion-una-vision-critica-integrada>

Juan, S. & Pozzi, A. (2016). La importancia de la noción de “proceso” para la práctica clínica y la investigación en psicoterapia psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 53. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=945&a=La-importancia-de-la-nocion-de-%93proceso%94-para-la-practica-clinica-y-la-investigacion-en-psicoterapia-psicoanalitica>

Juan, S. (2017). Criterios para evaluar el proceso de supervisión en terapia psicoanalítica: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2), 59-81. [http://dspace.uce.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4284/Criterios\\_Juan.pdf?sequence=1](http://dspace.uce.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4284/Criterios_Juan.pdf?sequence=1)

- Juan, S., Chávez, I., López Fediuk, L., Manubens, R. T. & Gómez Penedo, J. M. (2018). Mecanismos de cambio en un caso único sistematizado de terapia psicoanalítica. En S. Comastri (Coord.), *Psicología Clínica y Psicopatología/Psicoanálisis*. Simposio realizado en las VI Jornadas de Investigación en Psicología, Universidad del Salvador en Buenos Aires, Argentina.
- Juan, S., Gómez Penedo, J. & Roussos, A. (2017). Proyecto de investigación: foco terapéutico y mecanismos de cambio en un caso único de psicoterapia psicoanalítica. *Diagnosis*, 14(1), 41-51. <http://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/204>
- Juan, S., Gómez Penedo, J., Etchebarne, I. & Roussos, A. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): Una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, 18, 47-56. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139947005.pdf>
- Juan, S., Pescio, N. & Roussos, A. (2014). *Diagnóstico Psicoodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2): una revisión bibliográfica sobre su uso en investigación empírica psicoanalítica* (Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología. Tomo Psicología Clínica y Psicopatología, 187-188, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires).
- Kächele, H. (2010). Distinguishing Psychoanalysis from Psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(1), 35-43. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00232.x>
- Kazdin, A. (2002). Drawing valid inferences from case studies. En A. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 655-678). American Psychological Association.
- Levy, R., Ablon, J. & Kächele, H. (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice-Based Evidence*. Humana Press, Springer.
- Linardon, J., Fitzsimmons-Craft, E., Brennan, L., Barillaro, M. & Wilfley, D. (2018). Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1497215>
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-Expressive treatment*. Perseus POD on demand.
- Olivera, J., Challú, L., Gómez Penedo, J. M. & Roussos, A. (2017). Client-therapist agreement in the termination process and its association with therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 54(1), 88-101. <https://doi.org/10.1037/pst0000099>
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Borensztein, L., Bongiardino, L., Aufenacker, S. & Juan, S. (2019). Testing psychic change hypotheses: a systematic study of a single case of psychoanalytic psychotherapy, using the three level model (3LM). *Panel presented at 20th Joseph Sandler Conference, Buenos Aires*.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Borensztein, L., Corbella, V. & Marengo, J. C. (2018). The Lara case: A group analysis of initial psychoanalytic interviews using systematic clinical observation and empirical tools. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(6), 1327-1352. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1533374>
- Roos, J. & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Röst, Dagnino & De la Parra (2009). *Manual traducido al español de la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (HSCS)*. Manuscrito no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Sifneos, P. E. (1987). *Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique*. Plenum Publishing Corporation.
- Summers, R. & Barber, J. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. Guilford.
- Swift, J., Greenberg, R., Tompkins, K. & Parkin, S. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 54(1), 47-57. <https://doi.org/10.1037/pst0000104>
- Thöma, H. & Kächele, H. (1985/1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Herder.
- Tillman, J., Clemence, A. & Stevens, J. (2011). Mixed methods research design for pragmatic psychoanalytic studies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(5), 1023-1040. <https://doi.org/10.1177/0003065111418650>