

La evaluación de los cambios del paciente. El Modelo de los Tres Niveles (3-LM)

Ricardo Bernardi

Doctor en Medicina (1969). Especialista en Psiquiatría (1972). Psicoanalista Titular de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU). Analista de Formación del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Premio FEPAL (1992). Vice-Presidente electo de la International Psychoanalytic Association (IPA). Profesor titular (Gr. 5) y Director del Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Uruguay). Profesor titular (Gr. 5) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay). Director de investigaciones de NUPPLAC (Núcleo de Pesquisa em Psicanálise e suas Aplicações), Universidade Católica de Pelotas (Brasil). Ex Presidente de la Sociedad Uruguaya de Psicología Médica y Medicina Psicosocial. Co-Chair del Séptimo Congreso de Analistas Didactas, San Francisco, 1995. Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Miembro del Editorial Board for Latin America del International Journal of Psycho-Analysis.

Evaluar los cambios: tarea necesaria pero problemática¹

La evaluación clínica de los cambios que se dan en los pacientes a lo largo de toda una psicoterapia no es un tema frecuentemente abordado. Es más usual el estudio de momentos especiales del tratamiento o el análisis de los cambios a través de la investigación empírica sistemática de proceso y resultados. Mi objetivo aquí es estudiar algunos de los problemas que plantea la evaluación clínica de la psicoterapia, señalar el papel que esta evaluación juega en la formulación clínica de los casos y proponer caminos para llevarla a la práctica.

Determinar si un paciente mejora durante la psicoterapia, o si empeora, o sigue igual, es algo que está en la mente del terapeuta, así como del propio paciente y de sus familiares. Sin embargo, no es común que los cambios a largo plazo sean estudiados y menos aún que se expliciten los criterios para evaluarlos. A continuación examinaré algunos de los factores que inciden en la escasa atención prestada a este tema.

Las metas del psicoanálisis

Hace ya muchos años R. Wallerstein (1965) había señalado una aparente paradoja: el psicoanálisis por un lado se propone las metas más ambiciosas en términos de reorganización de la personalidad, pero al mismo tiempo sostiene que, a nivel técnico, el analista debe trabajar sin metas y sin deseo. La curación, al decir de Lacan, debe advenir por añadidura. Esta postura plantea problemas teóricos de dos tipos. En primer lugar, no es verdad que el psicoanálisis no se formule metas si uno presta atención a los principales autores analíti-

¹ El presente trabajo es parte de un libro en preparación sobre la Formulación Psicodinámica de Caso, del que son co-autores: de Souza, L.; Miller, D.; Oyenard, R.; Varela, B.; Villalba, L.; Zytner, R.



cos. Para Freud era muy claro que el psicoanálisis tenía determinadas metas (hacer consciente lo inconsciente, levantar represiones, que el Yo advenga donde era el Ello, etc.); en la teoría y en la práctica kleiniana está muy presente que el paciente sea capaz de alcanzar la posición depresiva y la capacidad de reparación; Bion jerarquiza desde diversos ángulos el crecimiento mental; Lacan atiende a la verdad de la relación del sujeto con su deseo (la lista podría continuar). Estos ejemplos muestran la diversidad de perspectivas desde las cuales pueden plantearse los objetivos en los tratamientos de tipo dinámico. Si tomamos en cuenta otros enfoques psicoterapéuticos, encontramos también en forma similar un abanico de posiciones, pues mientras algunos de ellos formulan claramente sus objetivos (p. ej., la terapia conductivo-conductual), en otras corrientes estos objetivos están más librados a la singularidad de cada caso y de cada encuentro terapéutico (p. ej., las terapias experienciales, humanísticas, etc.).

Desde el punto de vista práctico conviene distinguir entre diversos tipos de metas (Bernardi, 2001): a) las metas clínicas, que tienen que ver con el sufrimiento o las limitaciones generadas por el problema del paciente, b) las metas metapsicológicas que surgen de aquellas teorías que mejor pueden esclarecer el tratamiento del paciente) y c) las metas técnicas, que llevan a profundizar en la exploración de aquellos aspectos cuyo sentido es aún difícil de aprehender. Las metas del psicoanálisis están al servicio de las metas u objetivos que el paciente desea para su vida y que en muchas ocasiones espera que el análisis lo ayude a formularlos con más claridad. "Partamos de que el análisis no consigue en el neurótico más de lo que el sano lleva a cabo sin ese auxilio" (Bernardi, 2001) (Freud, 1937, p. 225). Por esa razón es necesario jerarquizar el conocimiento de los

factores que espontáneamente conducen al crecimiento psíquico pues el análisis debe ser un aliado y no un sustituto de ellos (Bernardi, 2001).

Las metas o logros de una psicoterapia no dependen de lo que enuncien los textos sino de lo que ocurre en la realidad de los tratamientos. J. Bleger (1973, p. 326) sostenía que los objetivos del psicoanálisis debían establecerse a partir de los efectos o resultados que efectivamente obtenía y no de una formulación previa de carácter normativo, que podía resultar correcta pero también ser arbitraria o irreal.

La evaluación del tratamiento forma parte de la formulación clínica del caso y como tal debe figurar en la Historia Clínica del paciente (Bernardi, 2014a), (Varela, B. et al., 2014). Los trabajos más recientes insisten en esta perspectiva. La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología en su guía para la para la práctica clínica (Division of Clinical Psychology, 2011) considera la formulación clínica del caso como un instrumento clínico esencial para relacionar la teoría con la práctica y que es co-construida progresivamente entre paciente y terapeuta (p. 6). L. Johnstone y R. Dallos (2014) insisten que «formulación» alude a un trabajo en progreso, que avanza a medida que avanza la relación entre paciente y terapeuta (Dallos & Stedmon, 2014b), (Dallos & Stedmon, 2014a). A Haynes y O'Brien (2000), citado por Caycedo Espinel et al. (2008), así como Bernardi (2014a) ven la FCC como la suma de la evaluación pretratamiento y postratamiento, que puede ser complementada con diversos métodos de monitoreo.

Cuando se formula el caso se señala cuáles serán los focos del trabajo terapéutico, los cuales describen los factores que generan o mantienen los problemas del paciente y que la psicoterapia deberá modificar. Sin embargo, estos focos del trabajo terapéutico no necesariamente coinciden



con los focos de la evaluación. Por ej., un determinado conflicto puede ser tomado como foco del trabajo con el paciente pero el resultado terapéutico puede no ser tanto que desaparezca el conflicto en sí, sino que la persona pueda manejarlo de otra manera. El foco de la evaluación, por tanto, estará puesto en que la persona pueda incluir en una forma más equilibrada este conflicto en su desarrollo personal y vincular.

Otro punto a tener en cuenta es que una psicoterapia puede haber logrado los objetivos técnicos propios a su método sin que esto le traiga a la persona el bienestar esperado. Como hizo notar Freud, los síntomas muchas veces no sólo dependen de los factores que les dieron origen, sino que adquieren vida propia dentro de la economía libidinal de la persona y pueden volverse extremadamente resistente. Si un síntoma que restringe la vida de una persona persiste luego de haber sido adecuadamente trabajado en una psicoterapia, es hora de considerar un cambio de terapeuta o de forma de terapia.

Los efectos positivos y negativos de la psicoterapia

Las psicoterapias cuyos resultados han sido rigurosamente estudiados, entre ellas las de orientación psicoanalítica, han mostrado su eficacia (en condiciones ideales), su efectividad (en condiciones habituales) y su eficiencia (su conveniencia en relación a su costo) (Sandell, Blomberg, Lazar, & al., 2000), (Fonagy & Target, 1994), (Fonagy & Target, 1996), (Fonagy, Roth, & Higgitt, 2005), (Leichsenring, 2009), (Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger, & al., 2003), (Sandell, 2012), (Shedler, 2010). También se han realizado importantes avances en el estudio imagenológico de los cambios cerebrales que acompañan el cambio psicoterapéutico, (Beutel, Stark, Pan, Sifersweig, & Dietrich, 2010), (Etkin, Phil,

Pittenger, Polan, & Kandel, 2005), o que pueden condicionar sus resultados (Crowther et al., 2015).

Sin embargo es preciso reconocer que como todo instrumento eficaz, la psicoterapia puede generar eventos adversos. Se ha estimado que la situación de un 5-10% de los pacientes empeoran en el curso de una psicoterapia. (M. J. Lambert & Ogles, 2004); (Mohr, 1995), (Lilienfeld, 2007). Lilienfeld et al. (2014) señalan la necesidad de tomar precauciones metodológicas para evitar que erróneamente se atribuya un valor positivo a una terapia ineficaz o perjudicial.

En Medicina las cifras de efectos adversos son por lo general mayores y es una preocupación mayor en el campo de la seguridad del paciente. También lo debería ser en psicoterapia. Por lo general frente a una peoría o un no cambio del paciente se suele alegar que sin la psicoterapia la situación sería peor. Pero esto no necesariamente es así y los posibles efectos negativos de la psicoterapia deben ser investigados cuidadosamente.

La posibilidad de que un paciente paradójicamente empeore porque no tolera mejorar fue descrita por Freud (Freud, 1923) con el nombre de reacción terapéutica negativa. Freud la explicó como el efecto de sentimientos inconcientes de culpa: el sadismo del superyó se une al masoquismo del yo. Melanie Klein (1980 [1957]) señaló también el papel de la envidia, que puede llevar al paciente a impedir que el terapeuta tenga éxito, aunque eso signifique hacer fracasar al tratamiento. Otros autores han señalado otros factores posibles que pueden bloquear el trabajo terapéutico y llevar al impasse: las actuaciones permanentes, las defensas maníacas, la importancia del beneficio secundario. El centro del problema puede también radicar en la comunicación entre analista y paciente, cuando la perspectiva de cada uno de ellos sobre el



análisis y su objetivos es diferente. Esto puede deberse a la diferencia de perspectivas de paciente y analista (reversión de la perspectiva) o a que los marcos conceptuales son distintos (malentendido). H. Etchegoyen (Etchegoyen, 1986) realiza un pormenorizado estudio de estas situaciones.

Estudiando los factores comunes a diversas psicoterapias, Lambert (1992) señala que el peso mayor lo tienen los factores propios del paciente (40%), seguido por la relación terapéutica (30%), la esperanza y expectativas de éxito del paciente (15%) y el modelo técnico del terapeuta (15%). Es lógico suponer que la falla en estos mismos factores puede contribuir al fracaso del tratamiento. Pero es necesario distinguir fracaso de momentos de crisis. Estos últimos, cuando logran ser individualizados y superados pueden dejar un saldo positivo.

Resulta por tanto crucial identificar cuándo una psicoterapia progresa o se deteriora. Diversos trabajos recientes han puesto en cuestión la capacidad del terapeuta para percibir cuando una psicoterapia no está avanzando. El título de uno de estos trabajos es suficientemente explícito: “¿Sabemos cuando nuestros clientes empeoran? Una investigación sobre la capacidad de los terapeutas para detectar el cambio negativo de los clientes” (las traducciones del inglés son mías) (Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010). Los autores relatan dos investigaciones. En la primera de ellas comparan las opiniones de los terapeutas en sus anotaciones sobre el tratamiento con la aplicación antes de cada sesión de una medida de validez y confiabilidad conocida, el Outcome Questionnaire-45 (M. J. Lambert et al., 2004). Encontraron que los terapeutas “tenían considerable dificultad para reconocer el deterioro del paciente”. En la segunda investigación comprobaron que el indicador más utilizado por los terapeutas para identificar el deterioro era el empeoramiento sintomáti-

co. Hannan et al. (2005) señalan que el monitoreo con instrumentos como el OQ-45, cumpliría un papel similar a los exámenes paraclínicos en medicina. Bystedt et al. (2014) subrayan que los clínicos no están entrenados para detectar los efectos negativos de la terapia ni están informados sobre los métodos y criterios usados por la investigación actual para identificar y prevenir el deterioro y los eventos adversos en psicoterapia.

Estos trabajos y otros acentúan la conveniencia de un monitoreo de las psicoterapias por medio de instrumentos de evaluación externa al proceso. Se trata sin duda de una medida necesaria que resulta útil introducir en los sistemas de prestaciones psicoterapéuticas y en la práctica privada, siempre que se tenga en cuenta la necesidad de mayores y más profundas investigaciones sobre algunos puntos. En primer lugar hace falta una mayor comprensión de los factores que pueden dificultar la evaluación clínica de la marcha del tratamiento. Es también necesario un mayor refinamiento de los criterios de evaluación, el entrenamiento de los clínicos en esta tarea y una comparación sistemática entre la evaluación clínica y la realizada con instrumentos estandarizados.

Mentalización y apego: dos socios con una relación problemática

Tanto J. Bleger como D. Liberman habían señalado la dificultad del analista para evaluar el cambio del paciente desde una perspectiva global. Para Bleger (1973, p. 319) los analistas eluden la cuestión del grado de curación alcanzado porque durante el análisis, dice, “perdemos la perspectiva global, para recluirnos demasiado en lo que no logramos modificar...” David Liberman coincide con Bleger en que “las condiciones del psicoanálisis no favorecen la evaluación de la curación” (Liberman,



1972, p. 343), pues está centrado en lo que no puede modificar y en la transferencia. Comparte con Bleger la necesidad de la “búsqueda de indicadores que nos preservasen a nosotros, los psicoanalistas, de este efecto” (pp. 343-344). Encontrar estos indicadores, como veremos, continúa siendo un desafío.

Pero, ¿es posible para el analista estar sumergido en la transferencia y a la vez tener una mirada válida sobre el proceso? Este problema se lo plantearon también W. y M. Baranger, quienes desarrollaron la noción del “campo analítico” como una gestalt dinámica que abarca paciente y analista, relación transferencial y contratransferencial. Este involucramiento mutuo favorece la formación de “baluartes”, donde pueden esconderse las resistencias al cambio de las dos partes, escapando a la percepción del analista a través de su atención flotante. Postularon en consecuencia la necesidad de una “segunda mirada” en la que el analista, como observador participante, tomaba distancia de su participación en el proceso para percibirlo en una forma más global, que incluía su propia participación.

Mantener unidas la lucidez necesaria para el insight a la vez que la intensidad emocional del proceso transferencial-contratransferencial no es una tarea sencilla para el paciente ni para el terapeuta. Resulta interesante volver a estas intuiciones clínicas de los pioneros del psicoanálisis a partir de algunos desarrollos actuales sobre los conceptos de apego y mentalización. Fonagy & Adshead (2012) sostienen que el cambio en psicoterapia puede verse como el fortalecimiento de la capacidad de metacognición, es decir, de pensar sobre la experiencia del self y la de los otros. Esto implica un continuo proceso de mentalización, o sea, de mantener la mente propia en la mente del otro (p.1). Fonagy & Adshead pasan revista a las diversas formas de psicoterapia, para mostrar que en todas ellas

juega un papel la búsqueda de fortalecer la mentalización.

A su vez el apego ofrece la base segura que permite que ocurra la mentalización (p.4) y, recíprocamente, la continua exploración de afectos, cogniciones y memorias en la terapia fortalece el apego. Los pacientes, muchos de los cuales vivieron experiencias de apego inseguro en su infancia, necesitan encontrar vínculos seguros. Pero este camino no sólo trae beneficios sino también riesgos. El amor es ciego (p.11): no está atento a los defectos del otro sino al mantenimiento del vínculo, lo cual ha jugado probablemente un papel evolutivo en el mantenimiento de los lazos familiares y sociales.

La evidencia proveniente de las neurociencias sugiere que la hiperactivación del sistema del apego se acompaña de una desactivación de los sistemas de arousal y de regulación afectiva, así como de aquellos sistemas implicados en la cognición social, todos ellos fundamentales para la mentalización. Estos últimos involucran áreas tales como la corteza prefrontal lateral y medial, la corteza parietal lateral y medial, el lóbulo temporal medial y la corteza cingulada rostral anterior. Pero el apego sigue otros caminos. Dicen Fonagy & Adshead: “Dicho simplemente, a medida que el apego se intensifica y aumenta el arousal, la mentalización pasa de ser un proceso controlado, reflexivo, focalizado internamente y cognitivamente complejo a ser un procesamiento automático, focalizado en el exterior, emocionalmente intenso, localizado en la corteza posterior y guiado subcorticalmente” (p. 11). El predominio de este tipo de procesamiento puede llevar a que en la relación terapéutica en vez de mentalización puedan ocurrir enactments (puestas en acto) y que en el calor transferencial la relación pueda tomar características similares a las del apego inseguro. El terapeuta puede entonces ser vivido como abusivo,



ser intensamente idealizado o erotizado como si fuera la pareja perfecta.

Al intentar combinar mentalización y apego, la psicoterapia se propone lograr una forma única y paradójica de funcionamiento mental a la que Fonagy et al. (2002) denominaron “afectividad mentalizada”. Esta implica la activación de los dos sistemas —el apego y la mentalización— pese a que son mutuamente inhibitorios. Ambos necesitan trabajar juntos cuando la relación de apego es necesaria para que puedan re-experimentarse (y modificarse) memorias traumáticas y pautas disfuncionales difíciles de integrar. El vínculo de apego seguro ofrece entonces la base necesaria para elaborar vivencias que de otro modo serían rechazadas por su contenido traumático y displacentero. No es de extrañar por tanto que las investigaciones empíricas muestren que la alianza terapéutica va unida al cambio positivo del paciente, e incluso que una fuerte alianza al comienzo del tratamiento predice un mayor grado de mejoría al final del mismo.

Fonagy señala que también en el terapeuta es necesario este equilibrio entre apego y mentalización. Una activación moderada del sistema del apego permite al terapeuta cumplir su rol de contención sin el cual el paciente reactivaría sus experiencias de apego inseguro. Pero la hiperactivación del apego puede llevar a la pérdida de la capacidad de mentalización del terapeuta, o incluso a que tenga actuaciones inapropiadas agresivas o sexuales hacia el paciente. Para que la terapia progrese es necesario encontrar un punto de equilibrio que permita que operen ambos sistemas tanto en el paciente como en el terapeuta.

Este equilibrio es necesario para que el terapeuta pueda percibir los cambios positivos o negativos del paciente, lo cual nos retrotrae a las preguntas que nos planteamos anteriormente respecto a la posible dificultad del terapeuta para evaluar la psi-

coterapia. Esto puede deberse a que, como sostenían Liberman y Bleger, la intensidad transferencial inhiba la mentalización necesaria para evaluar la situación. También podría deberse a la existencia de terapeutas con distinta capacidad reflexiva, punto que hasta donde sé no ha sido estudiado. Sin embargo, una aproximación a este problema sería posible utilizando algunos criterios similares a los que propone Lanza Castelli (2011). Sería interesante, por ejemplo, estudiar en qué medida el analista es capaz de prever la reacción del paciente a la interpretación que ofrecería una medida de su sintonía con el estado mental del paciente.

Vimos que algunos autores mencionados más arriba (Hatfield, Lambert, etc.) confían básicamente en la utilidad de cuestionarios e instrumentos de medida objetivos externos a la terapia. Pero queda en pie la pregunta sobre cuáles criterios clínicos podrían ayudar a los terapeutas en su evaluación del tratamiento. Creo que este es un punto que requiere especial atención, tanto a nivel teórico como en relación a la metodología clínica que podría ser útil para la observación y evaluación de la evolución del paciente. Esta metodología debe conservar la posibilidad de una comprensión profundamente empática de la relación terapéutica, al mismo tiempo que la posibilidad de un control intersubjetivo que garantice una mayor validez de las observaciones.

3-LM: Un método para evaluar los cambios del paciente

El Modelo de los Tres Niveles para la Observación de las Transformaciones del Paciente (3-LM) es una guía o heurística para grupos de discusión clínica que intenta dar respuesta a algunos de los requerimientos planteados en el punto anterior. Este modelo fue planteado en 2011 por el



autor de este trabajo al Comité de Observación Clínica de la IPA, el cual, coordinado por Marina Altmann como Chair del mismo, implementó y organizó su aplicación en actividades de la IPA realizadas en las diversas regiones (Altmann de Litvan, 2014).

El modelo aspira a apoyarse en una mirada clínica que avance desde la experiencia hacia la teoría, colocando en primer término la resonancia interna del material clínico en el “tercer oído” del observador, esto es, en su apertura a los fenómenos inconcientes. Procura utilizar los conocimientos teóricos tal como han sido incorporados por el analista como un instrumento que amplía su capacidad de observación, pero cuyo grado de adecuación al material debe ser examinada críticamente. En la medida en que las teorías operan como teorías implícitas incorporadas por el analista, la existencia de participantes con diferentes marcos teóricos no es un obstáculo sino un factor de enriquecimiento. Al haber sido pensado primariamente como un modelo para grupos de discusión, favorece un enriquecimiento y control intersubjetivo de las observaciones individuales. En ese sentido es una “observación de la observación”, en tanto la discusión grupal permite la triangulación de la observación del analista que presenta el material con las múltiples observaciones del mismo que se dan en el prisma constituido por la discusión grupal.

La “segunda mirada” propuesta por W. y M. Baranger recoge la polaridad apego-mentalización mencionada anteriormente y busca que la observación pueda servirse de ambas. El 3-LM propone una segunda mirada ampliada, que incluya el campo analítico, la problemática general del paciente tal como se puede inferir a partir de los momentos del análisis, y añada una perspectiva temporal, que es el aporte específico del modelo.

Los grupos de discusión, de un máximo de 15 participantes, suelen trabajar por espacio de 10 a 12 horas divididos en dos o tres reuniones a lo largo de dos días. Se les pide a los participantes que antes y después de la discusión contesten un formulario que resume su perspectiva individual sobre los cambios del paciente, para ser estudiada y cotejada con las conclusiones grupales que son recogidas por un reporter. Este material permite evaluar la confiabilidad o acuerdo entre evaluadores y los efectos de la discusión sobre las opiniones individuales.

El 3-LM resulta especialmente interesante y útil cuando existen dudas sobre la naturaleza y/o grado de los cambios del paciente. El analista presenta el material a partir de las entrevistas iniciales y luego dos o más momentos posteriores del análisis, meses o años después. Se pide material que refleje las posibles transformaciones pero también otros fragmentos que planteen dudas en cuanto a la profundidad o estabilidad de los cambios. Conviene también que el material incluya episodios relacionales y la forma en la que el paciente se describe a sí mismo y a personas significativas, lo cual permite observar la mentalización. La idea es que los participante puedan disponer de una visión contextual amplia del análisis y sus vicisitudes, dentro de los límites del tiempo disponible para la presentación (entre 30 y 45 minutos).

A continuación se describen los tres niveles de trabajo propuestos por el modelo.

Nivel 1: DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA DE LAS TRANSFORMACIONES

Este primer nivel del modelo, como lo dice el título, procura la observación y descripción fenomenológica de los cambios del paciente. El término “fenomenológico” debe entenderse como la descripción directa de la experiencia del analista, incluyendo



su contratransferencia. En este primer nivel es importante que se utilice un lenguaje espontáneo, como el que se da en el diálogo informal entre colegas.

Existen una serie de preguntas que guían la discusión grupal, que pueden encontrarse al final de este artículo. La primera de ellas busca recoger la impresión global que produce el material: ¿Sugiere la existencia de cambios positivos, negativos, o la no existencia de cambios? ¿En qué áreas de la vida del paciente los cambios son más perceptibles?

La pregunta siguiente tiene especial importancia. Está referida a si se perciben cambios en la forma cómo el paciente usa (en sentido winnicottiano) al analista y a la forma cómo el paciente usa sus propios recursos mentales y corporales al servicio del cambio. Cuando hablamos de cambios en la vida del paciente nos basamos en las narraciones recogidas por el analista. En cambio, cuando observamos los cambios en el uso del analista y de los propios recursos mentales del paciente, nos apoyamos en fenómenos que tienen lugar en la relación misma con el analista en las sesiones y en la forma en que este nos transmite en el grupo cómo ha reaccionado ante ellos.

La forma en la que el paciente busca cambiar a través del análisis tiene mucho que ver con el modo en el que vive su enfermedad y entiende su tratamiento. La Escala de Heidelberg (OPD, 2008, p. 408), (Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, & Krawietz, 2009) constituye un instrumento muy útil para evaluar el cambio estructural del paciente, los cuales son de efecto duradero. Los niveles inferiores de la escala describen la actitud de pacientes que rechazan hacerse cargo de sus problemas (“lo que me pasa es de origen somático”, “mis problemas son a causa de los otros”, etc.). A medida que el paciente progresa, puede ir aceptando cuál es su contribución al sufrimiento del que se queja, y cómo se com-

promete con las metas de la terapia. Suelen aparecer entonces momentos de desconcierto, tristeza e indefensión, al comprobar que las viejas formas de enfrentar los problemas ya no son válidas pero aún no dispone de las que podrían reemplazarlas. El paso siguiente implica procesos de reestructuración en el área del foco (nivel 6 de la escala), en el que se da espontáneamente la vivencia de que es posible experimentar su vida y comportarse de otra forma. A continuación (nivel 7 de la escala), surgen procesos de integración y reconstrucción de la relación con la realidad interna y externa. Estos procesos también podrían analizarse desde la perspectiva de la mentalización.

Quisiera llamar la atención sobre los puntos que a mi entender permanecen oscuros en esta escala, la que sin embargo tiendo a reconocer que posee validez clínica. ¿Cómo ocurren los cambios en el paciente? Vimos más arriba que los focos de la evaluación de los cambios no necesariamente son los mismos que los focos del trabajo terapéutico pues se suma un efecto general, dado por la forma en la que el paciente maneja esas funciones problemáticas en el conjunto de su personalidad. Esto es sabido desde siempre: el paciente en terapia no nace de nuevo, pero puede aprender a usar de modo diferente sus fortalezas y debilidades. Esto fue descrito muchas veces como un efecto gestáltico, que permite que pase a ser parte del fondo algo que en tanto figura central era fuente de problemas. Hoy día se han propuesto modelos más complejos del cambio que la idea de gestalt, inspirados en las transiciones que se dan en los sistemas dinámicos no lineales. Los cambios críticos, los fenómenos caóticos, el papel de los atractores, la interdependencia de diversos resonadores, etc. se han convertido en factores que permiten nuevas formas de modificación para



las psicoterapias psicoanalíticas (Galatzer-Levy, 2009b), (Galatzer-Levy, 2009a).

El primer nivel del 3-LM busca captar en qué medida los pacientes ven sus problemas y su vida bajo una nueva luz. Más que revisar en forma sistemática el material, el 3-LM toma como hilo conductor aquellas partes que tienen una resonancia especial en el analista y en los miembros del grupo. Por lo general se trata de metáforas o escenas que transmiten en forma vívida e insaturada el núcleo de los problemas del paciente. Algunas de ellas, que aparecen desde el comienzo y se convierten en los focos del trabajo terapéutico y pueden ser considerados “puntos de anclaje” que sirven de fondo sobre el que es posible identificar los cambios ulteriores. Tienen la virtud de provocar en los miembros del grupo asociaciones con otros fragmentos del material a veces distantes en el tiempo, lo que, uniendo las perspectivas de los diversos participantes, permite una visión en red o multidimensional del material. En la medida en que se trata de analistas con distintas formaciones y trayectorias puede considerarse que esto constituye un procedimiento de triangulación de perspectivas y teorías acorde con lo que postula la metodología de investigación cualitativa.

Nivel 2: IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES DIMENSIONES DIAGNÓSTICAS DEL CAMBIO

El segundo nivel de discusión del material —o sea, qué es específicamente lo que cambia— resulta especialmente desafiante pues obliga a conceptualizar las dimensiones relacionadas con el cambio. En este nivel se propone analizar y evaluar una serie de dimensiones agrupadas en determinadas categorías que fueron seleccionadas de tres principales sistemas diagnósticos psicodinámicos actuales: Diagnóstico

Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2); Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y Manual de Diagnóstico Psicodinámico (PDM). Los tres sistemas son en gran parte convergentes (Bernardi, 2010) (Bernardi, 2014b). Los grupos pueden reformular estas dimensiones o proponer otras nuevas.

Las preguntas del Nivel 2, siguiendo en especial al OPD-2, se pueden agrupar en cuatro categorías:

1) Experiencia Subjetiva De La Enfermedad Y Factores Contextuales

Los materiales clínicos psicoanalíticos muchas veces no explicitan suficientemente lo que el paciente piensa que son sus problemas, a qué los atribuye, y qué y cómo espera que el tratamiento lo ayude (Zytner, Bernardi, Miller, Varela, & Villalba, 2011). Este material (pre)conciente es sin embargo no sólo una vía de acceso a fantasías inconcientes, sino que es fundamental para saber hasta dónde contamos con el paciente y evitar las situaciones de malentendido o reversión de la perspectiva que mencioné más arriba. Sin duda en la conformación de la alianza terapéutica juegan múltiples factores concientes e inconcientes, pero en todos los casos es importante saber en qué medida el paciente reconoce su propia contribución a la génesis de su sufrimiento.

2) Patrones De Relacionamiento Interpersonal

Las preguntas de esta categoría buscan ver los cambios en las pautas de relación dentro y fuera del análisis. En especial la forma en la que el paciente ve a los otros y se ve a sí mismo en los vínculos, y cómo puede suponerse (o experimentarse en la contratransferencia) que los otros ven al paciente y se sienten con él. Los conflictos y las dificultades de funcionamiento mental tienden a expresarse en los vínculos, y por



eso es importante que el material incluya episodios relacionales.

3) Principales Conflictos Y Defensas

Existen múltiples formas de clasificar los conflictos intrapsíquicos y las defensas a las que recurre. Interesan en especial los cambios en los conflictos y las defensas en la medida en que se de una mayor flexibilidad e integración, permitiendo un mejor relacionamiento interno y externo de la persona.

4) Aspectos Estructurales Del Funcionamiento Mental

Los conflictos y defensas deben ser vistos en relación a las funciones estructurales que sostienen el funcionamiento mental. Siguiendo al OPD-2 el modelo considera cuatro áreas: a) Percepción de sí mismo y de los otros. Mentalización. Identidad; b) Regulación de afectos, impulsos y autoestima. c) Comunicación interna y externa. Elaboración. Simbolización y d) Vínculos con objetos internos y externos.

La relación entre conflictos y déficits estructurales es un tema controvertido que ha dado origen a diversos hipótesis y enfoques terapéuticos. El 3-LM no busca recomendar una u otra visión sobre cómo abordar los problemas de conflicto o déficit, sino describir qué ocurre en cada uno de estos polos y por qué caminos se dan los cambios a nivel de la práctica real.

5) Tipo De Trastorno

Junto con la descripción tradicional de tipo de trastorno en términos categoriales (trastorno obsesivo compulsivo, evitativo, etc.) interesa también y en especial la evaluación del nivel de funcionamiento mental. Esto está relacionado al punto anterior de la relación entre conflictos y fallas de integración y con el hecho de que la severidad de las perturbaciones es un indicador importante para orientar el tratamiento.

Como ya se ha dicho, en cada una de las dimensiones la pregunta es cómo cambió este aspecto y esto implica tomar en cuenta no solo el cambio de la dimensión en sí, sino de qué manera contribuye a un mejor funcionamiento global de la personalidad y de los vínculos. Por ejemplo, una mayor mentalización puede implicar no sólo una mejor percepción de sí mismo y de los demás sino contribuir a una mejor regulación emocional, a un manejo defensivo más adecuado, etc., es decir, a un funcionamiento más equilibrado de la personalidad y de los vínculos.

Nivel 3: TESTEO DE LAS HIPÓTESIS EXPLICATIVAS DEL CAMBIO

El objetivo de este tercer nivel es discutir los aspectos teóricos implícitos en las intervenciones del analista y en las contribuciones de los participantes, buscando cuáles hipótesis teóricas o estrategias interpretativas resultan más ajustadas al material y, por tanto, más convincentes. Incluye también la discusión sobre la naturaleza de los cambios observados, su profundidad y su probable estabilidad.

Resulta interesante que en los grupos raramente la discusión se centra en las premisas teóricas. Lo usual es que los participantes busquen modelos parciales, o minimodelos, ajustados a la problemática del paciente, poniendo en juego sus propias teorías implícitas y esquemas referenciales y operativos que surgen tanto de la información teórica como de la experiencia clínica y del propio análisis.

El 3-LM fue pensado originalmente como una guía para la observación de los cambios en materiales clínicos de pacientes adolescentes o adultos. En la medida en que el interés en el modelo fue ampliándose, también lo hicieron sus aplicaciones en diferentes contextos. Fue utilizado con candidatos para la formación psicoanalítica



y también para la preparación de trabajos teórico-clínicos (de León & Altmann, 2014). Existe una versión para niños (Altmann, Miller, & Bernardi, 2014). Más información puede encontrarse en Altmann, Ed. (2014).

Existe aún un largo camino que es el de estudiar la validez y confiabilidad de los juicios clínicos obtenidos con este modelo. En especial interesa la validez concurrente con los instrumentos que le dieron origen (OPD-2, LPFS del DSM-5, etc.) y la validez predictiva, cotejando las conclusiones correspondientes a un determinado momento de un análisis con las que surgen tiempo después, con nuevo material disponible. Las preguntas que se encuentran son intencionalmente de naturaleza abierta y cada una de ellas podría dar lugar a una exploración más detallada y específica. El OPD-2, en sí mismo, ofrece un ejemplo de una investigación más sistemática y detallada de las dimensiones mencionadas. A su vez, existen instrumentos que permiten avanzar en mayor profundidad. Por ejemplo, el STIPO (Stern et al., 2010), si interesa estudiar en detalle dimensiones tales como Identidad, Relaciones Objetales, etc., o el TESEM (Lanza Castelli, 2013) si el foco de la atención está puesto en los fenómenos

de mentalización. Lo que corresponde esperar del 3-LM es una visión clínica global que permita identificar precisamente aquellas dimensiones que interesa profundizar, pues se consideran relevantes para las transformaciones ocurridas en el tratamiento observado. Este camino permite tender puentes entre la clínica y la investigación.

A lo largo de estas líneas he intentado mostrar que la evaluación de la psicoterapia es un tema complejo y que necesita ser abordado desde múltiples perspectivas. La evaluación espontánea que todos realizamos en el consultorio se beneficia de ser confrontada con otras metodologías tales como la del 3-LM. También con la información que surge de los instrumentos utilizados en la investigación empírica sistemática, tales como el SCL-90 (Derogatis, 1983) adaptado para nuestro medio, o el OQ-45 (M. J. Lambert et al., 2004), al que me he referido en los trabajos mencionados más arriba. Combinar la investigación clínica con la investigación empírica sistemática es un criterio prudente pues la triangulación de perspectivas, métodos, teorías e investigadores favorece la robustez de las conclusiones.



Preguntas centrales

3-Lm: Preguntas Para La Discusión Grupal

Nivel 1: Descripción Fenomenológica De Las Transformaciones.

- 1) ¿Qué aspectos del material sugieren la existencia de cambios positivos, negativos, o la no existencia de cambios? ¿Cuáles predominan?
- 2) ¿Cuáles son las transformaciones que pueden observarse en el curso de una sesión? ¿Y a lo largo del tiempo entre las diferentes sesiones? ¿En qué áreas es posible observar cambios? (P. ej.: a) Capacidad de amar y sexualidad; b) Familia y relaciones sociales; c) Trabajo y ocio; d) Intereses y creatividad; e) Síntomas y bienestar subjetivo). ¿Cuál es la perspectiva del paciente acerca de estos cambios?
- 3) Hay cambios en el proceso analítico en relación con: a) ¿Cómo usa el paciente al analista? b) ¿Cómo usa el paciente las intervenciones del analista? B) ¿Cómo usa el paciente al analista y a sus intervenciones? c) ¿Cómo usa el paciente sus propios recursos mentales y corporales?
- 4) ¿Qué partes del material clínico tuvieron una resonancia especial en los participantes del grupo y pueden ser consideradas como puntos de anclaje que permiten hacer un seguimiento de los cambios del paciente? ¿Cuál es la relación entre estos puntos de anclaje y los focos de las interpretaciones del analista?

Nivel 2: Identificación De Las Principales Dimensiones Diagnósticas Del Cambio

1) Experiencia subjetiva de la enfermedad y factores contextuales

- 1.A) ¿Cuál es la experiencia subjetiva del paciente, sus creencias y expectativas acerca de sus problemas y el tratamiento? ¿En qué medida el paciente reconoce sus problemas? ¿Hasta dónde vislumbra posibilidades de cambio? ¿Hasta dónde analista y paciente concuerdan sobre las transformaciones esperables?
- 1.B) ¿Existen factores contextuales que afectan el proceso terapéutico? (Ej.: situaciones de crisis, experiencias traumáticas, enfermedades somáticas, drogas, etc.) ¿Cuán capaz es el paciente de hacer frente a estas situaciones?
- 1.C) ¿Cómo cambiaron estos aspectos? ¿Cómo se modificó la comprensión del paciente de sus problemas y de sus posibilidades de cambios?

2) Patrones de relacionamiento interpersonal

- 2.A) ¿Cómo son las relaciones interpersonales del paciente, especialmente en los vínculos que implican cercanía e intimidad?
- 2.B) ¿Cómo experimenta el paciente a los otros y a sí mismo en relación con los otros? ¿Cómo los otros experimentan al paciente y a sí mismos en relación con el paciente (tanto en la transferencia-contratransferencia como en otros vínculos significativos)?
- 2.C) ¿En qué medida el paciente puede relacionar sus patrones relacionales actuales con experiencias vividas en su infancia y con la relación transferencial?
- 2.D) ¿Cómo cambiaron estos aspectos?

3) Principales conflictos intrapsíquicos

- 3.A) ¿Cuáles son los principales conflictos? (Ej., individuación vs dependencia, sumisión vs. control, necesidad de cuidados vs. autosuficiencia, autoestima, culpa, conflicto edípico, conflicto de identidad). ¿Cuáles son las fantasías inconcientes dominantes que pueden inferirse de los conflictos y los patrones relacionales?
- 3.B) ¿Las defensas predominantes son adecuadas y flexibles o disfuncionales, distorsionando o restringiendo las experiencias internas y externas?



3.C) ¿Cómo cambiaron estos aspectos?

4) *Aspectos estructurales del funcionamiento mental*

4.A) ¿Cuál es el nivel de funcionamiento mental en las siguientes áreas?

4.A.1) *Percepción de sí mismo y de los otros. Identidad.* ¿Cuán capaz es el paciente de percibir adecuadamente sus propios estados internos y los de los demás? ¿Es capaz de empatizar, tolerando y comprendiendo diferentes puntos de vista? Tiene un sentido integrado de su propia identidad abierto a la posibilidad de aspectos inconscientes? ¿Cuáles son las características de las identificaciones (especialmente las patológicas)? ¿Logra conectar con su pasado y darle dirección a su vida con un sentido de agencia y deseos y objetivos de corto y largo plazo?

4.A.2) *Regulación afectiva.* ¿El paciente es capaz de regular sus impulsos, sus afectos y su autoestima adecuadamente? ¿Sus ideas y valores le permiten procesar sus emociones? ¿Puede regular su autoestima frente a las exigencias internas y externas? ¿Hasta dónde puede lograr un equilibrio adecuado entre los intereses propios y ajenos?

4.A.3) *Comunicación interna y externa y simbolización.* ¿Cuán rico es el diálogo consigo mismo y con los demás, basado en experiencias afectivas, self corporal, fantasías, sueños, sexualidad, representaciones simbólicas, y capacidad de juego y creatividad?

4.A.4) *Vínculos con objetos internos y externos.* ¿Cuán profundas, estables y diferenciadas son las relaciones con objetos internos y externos? ¿Hasta dónde puede comenzar y terminar relaciones y tolerar separaciones? ¿Cómo maneja las relaciones que implican la existencia de un tercero?

4.A.5) ¿Cómo cambiaron estos aspectos?

5) *Tipo de trastorno*

5.A) ¿Es posible identificar un tipo de trastorno de personalidad u otro tipo de trastorno mental o físico?

5.B) ¿Cuán severo son las perturbaciones del funcionamiento de la personalidad? Hasta dónde está condicionado el trabajo analítico por las vulnerabilidades estructurales del funcionamiento mental?

5.C) ¿Cómo cambiaron estos aspectos?

Nivel 3: Testeo De Las Hipótesis Explicativas Del Cambio

1) ¿En qué aspectos se centraron fundamentalmente las intervenciones del analista? ¿Cambiaron sus hipótesis explícitas o implícitas y sus intervenciones a lo largo del tratamiento?

2) ¿Podría haber otras hipótesis teóricas o estrategias interpretativas? ¿En qué se ajusta cada una de ellas al material en forma convincente?

3) ¿Cuál es la naturaleza de los cambios observados, su profundidad y su probable estabilidad?.



Referencias:

- Altmann de Litvan, M. (Ed.). (2014). *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis -The Three-Level Model*. London: Karnac. [Versión en castellano, Karnac Ed., en prensa].
- Altmann, M., Miller, D., & Bernardi, R. (2014). Three-level model for observing child patient transformations. In M. Altmann (Ed.), *Time for Change. Tracking Transformations in Psychoanalysis - The Three Level Model*. (pp. 303–319). London: Karnac.
- Bernardi, R. (2001). Psychoanalytic Goals: New and Old Paradoxes. *The Psychoanalytic Quarterly*, 70(1), 67–98.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug*, 74(2), 179–205.
- Bernardi, R. (2014a). La formulación clínica del caso. Su valor para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, 78(2), 157–172.
- Bernardi, R. (2014b). The assessment of changes: diagnostic aspects. In *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis -The Three-Level Model*. (pp. 263–278). London: Karnac.
- Beutel, M. E., Stark, R., Pan, H., Sibersweig, D., & Dietrich, S. (2010). Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 184(2), 96–104.
- Bleger, J. (1973). Criterios de curación y objetivos del psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis*, XXX(2), 317–350.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' Perspectives on Negative Effects of Psychological Treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319–331.
- Caycedo Espinel, C. C., Ballesteros de Valderrama, B. P., & Novoa Gómez, M. M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7(1), 231–250.
- Crowther, A., Smoski, M. J., Minkel, J., Moore, T., Gibbs, D., Petty, C., ... Dichter, G. S. (2015). Resting-State Connectivity Predictors of Response to Psychotherapy in Major Depressive Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 1–15. <http://doi.org/10.1038/npp.2015.12>
- Dallos, R., & Stedmon, J. (2014a). Integrative formulation in practice: a dynamic, multi-level approach. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making Sense of People's Problems*. (pp. 191–215). New York: Routledge.
- Dallos, R., & Stedmon, J. (2014b). Systemic formulation: mapping the family dance. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making Sense of People's Problems*. (pp. 67–95). New York: Routledge.
- De León, B., & Altmann, M. (2014). The three-level model in psychoanalytic training. In M. Altmann (Ed.), *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis -The Three-level Model* (pp. 281–294). London: Karnac.
- Derogatis, L. (1983). *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures manual—II for the revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Division of Clinical Psychology. (2011). *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: The British Psychological Society.
- Etchegoyen, R. H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Etkin, A., Phil, M., Pittenger, C., Polan, J., & Kandel, E. R. (2005). Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 17, 145–158.
- Fonagy, P., & Ahead, G. (2012). How mentalization changes the mind. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18, 353–362.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clin Neurosci Res*, 4, 367–377.
- Fonagy, P., & Target, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, 45 – 55.



- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc*, 44, 27 – 77.
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable (Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Galatzer-Levy, R. M. (2009a). Finding Your Way Through Chaos, Fractals, and other Exotic Mathematical Objects: A Guide for the Perplexed. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 1227–1249.
- Galatzer-Levy, R. M. (2009b). Good vibrations: Analytic process as coupled oscillations. *Int. J. Psycho-Anal*, 90(5), 983–1007.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., & Krawietz, B. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344–357.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Lars Nielsen, S., Smart, D. W., & Shimokawa, K. (2005). A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *J Clin Psychol/In Session*, 61, 155–163. <http://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we Know When our Clients Get Worse? An Investigation of Therapists' Ability to Detect Negative Client Change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 25–32. <http://doi.org/10.1002/cpp.656>
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and Practice of Behavioral Assessment*. New York: Kluwer/Plenum. New York: Kluwer/Plenum.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (Eds.). (2014). *Formulation in Psychology and Psychotherapy. Making Sense of People's Problems* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Klein, M. (1980). Envidia y Gratitude. In *Melanie Klein, Obras Completas*. (Vol. 6). Buenos Aires: Paidós.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In *Handbook of psychotherapy integration* (1st ed.). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., & et. al. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire - 45*. Salt Lake City.: OQ Measures.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 139–193).
- Lanza Castelli, G. (2011). El Test de Situaciones para la Evaluación de la Mentalización. *Revista de La Asociación de Psicoterapia de La República Argentina, IV(2)*.
- Lanza Castelli, G. (2013). Evaluando la mentalización. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia. I (1)*.
- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic Psychotherapy: A Review of Efficacy and Effectiveness Studies. In *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (pp. 3–27). Boston: Humana Press.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., & al., E. (2003). How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patient's well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal*, 84, 263–290.
- Lieberman, D. (1972). Comentarios y contribuciones al trabajo de José Bleger. *Revista de Psicoanálisis, XXX(2)*, 343–345.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53–70.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2014). Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work: A Taxonomy of Causes of Spurious Therapeutic Effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9, 355–387.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2(1), 1–27.
- OPD, G. de trabajo. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. OPD-2*. Barcelona: Herder.
- Sandell, R. (2012). Research on Outcomes of Psychoanalysis and Psychoanalysis-Derived Psychotherapies. In B. E. L. G.O.Gabbard, amp, & E. P. Williams (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., & al., et. (2000). Varieties of long-term outcome



- among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). *Int J Psychoanal*, 81, 921 – 942.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1).
- Varela, B., de Souza, L., Miller, D., Oyenard, R., Villalba, L., Zytner, R., & Bernardi, R., (último). (2014). La formulación psicodinámica del caso (FPC). *Revista de Psiquiatría Del Uruguay*, 78(2), 173–195.
- Wallerstein, R. S. (1965). The Goals of Psychoanalysis - A Survey of Analytic Viewpoints. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 748–770.
- Zytner, R., Bernardi, R., Miller, D., Varela, B., & Villalba, L. L. exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. R. de la A. U. de P. P., 7, 4 Tomo VII N° 4, 9 - 27. (2011). La exploración diagnóstica de la vivencia de enfermedad del paciente. *Revista de La Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(4), 9–27.

