

La Formulación del Caso Para la Práctica Clínica y la Investigación: Aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2

Santiago Juan¹, Rocío Manubens¹, Álvaro Romero Pimienta³ & Juan Martín Gómez Penedo^{1,2}

¹Universidad de Buenos Aires, Argentina

²CONICET, Argentina

³Asociación Psiquiátrica Mexicana, México

Introducción: desde un punto de vista clínico, resulta esencial el entrenamiento de los terapeutas psicodinámicos en la formulación del caso, en tanto modo sistemático de entender qué le pasa al paciente, por qué le pasa, cómo ayudarlo, y cómo evaluar el cambio a lo largo del proceso. Por su parte, investigaciones previas en terapia psicodinámica han mostrado que aquellos terapeutas que son capaces de formular sus casos de manera sistemática suelen tener mejores resultados clínicos, en comparación con aquellos terapeutas que no formulan sus casos siguiendo una estrategia estructurada. **Objetivos y métodos:** este trabajo presenta y describe una formulación sistemática de un caso clínico, efectuada por el terapeuta tratante de acuerdo con los criterios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. El caso formulado correspondió a un paciente adulto joven con un trastorno emocional. El enfoque de tratamiento consistió en una psicoterapia psicodinámica focalizada. Se efectuaron dos entrevistas diagnósticas según criterios OPD-2 para elaborar el perfil. El terapeuta tratante contaba con certificación internacional en el uso y entrenamiento del OPD-2. **Resultados y discusión:** el OPD-2 permitió una formulación sistemática del caso, de acuerdo con cada uno de sus ejes psicodinámicos, incluyendo también la formulación de focos de trabajo clínico. Se discute la utilidad del OPD-2 para la formulación de casos, la personalización de tratamientos y la investigación orientada a la práctica clínica psicodinámica.

Palabras clave: formulación del caso – terapia psicodinámica – OPD-2 – caso único – investigación orientada a la práctica clínica – personalización de tratamientos

Introducción

Dentro del campo de la psicología clínica, la formulación del caso comprende el conjunto de hipótesis de un terapeuta sobre las causas y las influencias precipitantes y mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de un paciente (Eells, Kendjelic & Lucas, 1998). Aveline (1999) afirma que, si todo diagnóstico es un ejercicio para nombrar lo que el paciente tiene en común con otros, la formulación del caso se propone la identificación y explicación de lo que es único sobre ese paciente.

Desde un punto de vista teórico-clínico psicoanalítico, ya Fenichel (1945/1966) tomó la idea de formular un caso a partir de la severidad de la neurosis inferida, la relación entre resistencias y deseos de recuperación, el beneficio secundario de la enfermedad y el nivel general de flexibilidad del paciente. Posteriormente, Perry, Cooper y Michels (1987) señalaron que, en forma genérica, una formulación psicoanalítica del caso examinaba la transferencia, tanto positiva como negativa, y los potenciales modos y formas de resistencia. Se focalizaba, más que nada, en el significado y el uso que el paciente haría del tratamiento. Posiciones más actuales dentro del psicoanálisis como las de Bromberg (1998), plantean que la



formulación del caso, y especialmente la evaluación de la “analizabilidad” de un paciente, es fruto de una negociación relacional entre paciente y terapeuta.

Históricamente en psicoanálisis, la formulación del caso ha tomado el camino de narrativas que el clínico construye desde su intercambio con el paciente. Sólo a partir de la segunda mitad del siglo pasado, comenzó a surgir la necesidad de sistematizar el proceso mediante el cual se conceptualiza una situación clínica y se planifica el abordaje terapéutico, en consonancia con el creciente interés por estudiar empíricamente los procesos y resultados de los tratamientos (para una revisión, ver: Kächele, Schachter, & Thöma, 2009).

Un ejemplo pionero en esta línea fue el trabajo de Lester Luborsky (1977) en el diseño del Tema Central del Conflicto en las Relaciones (CCRT por la sigla en inglés de *Core Conflictual Relationship Theme*) que constituye uno de los modelos más estudiados en el contexto de investigaciones empíricas en psicoterapia psicodinámica. Basado en el concepto de transferencia de Freud (1912/2001), el CCRT propone la identificación del conflicto relacional nuclear del paciente como el eje del proceso psicoterapéutico. Dicha identificación posee, entre otras implicancias, la posibilidad de formular sistemáticamente aspectos centrales de la psicodinámica del paciente y establecer, en consecuencia, principios estratégicos de abordaje.

Sobre la base de éste y otros desarrollos (ver la revisión de McWilliams, 1999), se fue conformando un amplio campo de terapias basadas en el psicoanálisis, que hoy pueden englobarse bajo el término “psicodinámicas”. Siguiendo a Gabbard (2000/2002), dicho término alude hoy a una familia de abordajes que tienen su base en la teoría y técnica psicoanalíticas, fundamentalmente los conceptos de inconsciente, resistencia y transferencia. Al mismo tiempo, se diferencian del psicoanálisis estándar, en términos de duración de los tratamientos, dispositivos clínicos, la inclusión central de estrategias de focalización, y el repertorio técnico del terapeuta en general, quien posee un perfil mucho más activo y estructurado. Además, la atención clínica no está circunscripta únicamente a conflictos intrapsíquicos, y aparece como gran campo de aplicación las

vulnerabilidades de la estructura psíquica (De la Parra et al., 2016; Juan et al., 2019).

Dentro de este contexto, la aproximación moderna a las terapias psicodinámicas implica la sistemática formulación del caso y el establecimiento de focos terapéuticos, tanto para comprender la situación del paciente como para entablar una buena alianza de trabajo y planificar el tratamiento (Summers & Barber, 2010). Asimismo, la formulación de caso está directamente involucrada con la identificación de aquellos mecanismos fundamentales de cambio, propios de las terapias basadas en el psicoanálisis. Por sólo mencionar un ejemplo, la investigación empírica sugiere que una dimensión fundamental de cambio para las terapias dinámicas radica en la flexibilización del repertorio defensivo de un paciente (ver la revisión de: Barber & Sharpless, 2015). Para poder estimar este tipo de variables críticas del proceso, es necesario que el terapeuta formule el caso de manera sistemática, que le permita no sólo evaluar la rigidez o flexibilidad en las defensas de un paciente, sino que además incluya en la formulación del caso el funcionamiento defensivo como ítem central a indagar.

Así, desde un punto de vista clínico, resulta esencial el entrenamiento de los terapeutas en la formulación del caso, en tanto modo sistemático de entender qué le pasa a al paciente, por qué le pasa, cómo ayudarlo, y cómo evaluar el cambio a lo largo del proceso (Bernardi et al, 2016). Por su parte, investigaciones previas en terapia psicodinámica (ver la revisión de Silberschatz, 2017) han mostrado que aquellos terapeutas que son capaces de formular sus casos de manera sistemática suelen tener mejores resultados clínicos, en comparación con aquellos terapeutas que no formulan sus casos siguiendo una estrategia estructurada (ver también: Diener, Hilsenroth, & Weinberger, 2007).

Como respuestas orgánicas a este tipo de desafíos (clínicos y de investigación), en las últimas dos décadas se han generado herramientas específicas para una formulación del caso en términos psicodinámicos. Éstas permiten, a su vez, la evaluación del cambio clínico y la investigación empírica de procesos y resultados en sentido amplio. Uno de los ejemplos de este tipo de recursos lo constituye el Diagnóstico Psicodinámico



Operacionalizado OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008), herramienta fundamental empleada en el presente trabajo.

Surgido en Alemania como un esfuerzo de clínicos e investigadores psicoanalíticos, el manual OPD-2 efectúa una evaluación clínica sistemática de un paciente a partir de cinco ejes psicodinámicos: 1) vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, 2) patrones relacionales disfuncionales, 3) conflictos intrapsíquicos, 4) funcionamiento estructural y 5) trastornos mentales según sistemas DSM-CIE. Cada uno de estos ejes, a su vez, aporta información relevante para el establecimiento de focos de trabajo clínico, cuya evolución puede ser monitoreada con ayuda de criterios incluido en el OPD-2. Los procedimientos de operacionalización que emplea el manual están basados en evidencia acumulada por la investigación empírica en psicoanálisis y psicoterapia. De esta manera, el OPD-2 se constituye como un excelente recurso para el diagnóstico, la formulación del caso, y la planificación estratégica en psicoterapia psicodinámica.

Al permitir un uso clínico y ofrecer, al mismo tiempo, criterios sistemáticos para aplicar a la investigación empírica, el OPD-2 se inserta dentro del paradigma de la *investigación orientada a la práctica clínica* (Fernández-Álvarez & Castonguay, 2018). Dicho paradigma implica la generación de preguntas de origen clínico que puedan ser indagadas de manera empírica, con el fin de que la investigación nutra a la clínica y viceversa. La formulación sistemática del caso se convierte así en un nexo entre clínica e investigación empírica.

Objetivos del Presente Trabajo

El presente trabajo apunta a ilustrar las posibilidades del OPD-2 como herramienta sistemática para la formulación del caso en terapia psicodinámica. A estos fines, se presenta y describe un perfil OPD-2 completo de un caso clínico, abarcando cada uno de los cinco ejes psicodinámicos

del manual. Asimismo, se presentan los cinco focos terapéuticos, formulados con el OPD-2, que se trabajaron clínicamente con el caso. A partir de la información presentada, se discute la utilidad del OPD-2 para la formulación de casos, la personalización de tratamientos y la investigación orientada a la práctica clínica psicodinámica. Apuntamos, en definitiva, a presentar una herramienta, y una modalidad de procesamiento de material clínico, que sea útil para la formación y entrenamiento de los terapeutas, y también útil como plataforma de investigaciones empíricas.

El caso clínico aquí presentado y su estudio sistemático forman parte de un proyecto marco más amplio, destinado a indagar mecanismos de cambio en casos únicos de terapia psicodinámica focalizada¹. En los trabajos de Juan y equipo (2017, 2018, 2019) se ofrecen resultados parciales de esta línea de investigación en curso que se complementan con los aquí reportados.

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 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. Aunque Ángel ya había presentado este tipo de crisis años atrás, habían remitido sin ayuda terapéutica. Esta vez sentía no poder resolverlo solo. El motivo de consulta del paciente también incluía una dificultad, que Ángel presentaba desde hace varios años, para integrar su rol como empleado y su vocación artística (el canto).

¹ Proyecto "Foco terapéutico y mecanismos de cambio en un caso único de terapia psicodinámica focalizada". Director: Dr. Santiago Juan, Co-

director: Dr. Juan Martín Gómez Penedo. Proyecto financiado con un subsidio SPR Small Grant de la Society for Psychotherapy Research (SPR).



Terapeuta

Al momento de iniciar el tratamiento tenía 38 años de edad y reunía 13 años de experiencia clínica. Especializado en psicoterapia psicodinámica, contaba además con una certificación internacional en el manejo del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Actualmente, está también certificado como entrenador oficial en el uso del OPD-2. Es el primer autor del presente trabajo y cumplió el doble rol de terapeuta-investigador.

Tratamiento: psicoterapia psicodinámica focal siguiendo criterios OPD-2

El proceso incluyó dos entrevistas diagnósticas y cinco sesiones de tratamiento subsiguientes, de frecuencia semanal, antes de que el paciente interrumpiera la psicoterapia. Se trabajó con enfoque de terapia psicodinámica focal (ver, por ejemplo: Kächele, 2010, Luborsky, 1984; Sifneos, 1987). Este enfoque implica que el trabajo terapéutico puede centralizarse consistentemente en un proceso patógeno de raíz inconsciente, dado por conflictos intrapsíquicos o por vulnerabilidades estructurales (Summers & Barber, 2010; Thöma & Kächele, 1985/1989). De este modo, el tratamiento apunta tanto a que el paciente gane conciencia sobre conflictos inconscientes como a que desarrolle funciones de su estructura psíquica (Rudolf, 2006/2017). De acuerdo con estos principios generales, el OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) ofrece un método sistemático para seleccionar los focos terapéuticos durante el tratamiento. Las áreas problemáticas nucleares del paciente (focos OPD-2) fueron definidas utilizando información de los ejes del OPD-2 (ver materiales y procedimientos). Los focos OPD-2 conllevaron así el estatus de hipótesis psicodinámicas, 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.

Materiales

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). El OPD-2 fue la herramienta

fundamental empleada en este estudio para el análisis de la información, en términos de la formulación del caso Ángel. Tal cual se adelantó más arriba, se trata de un instrumento que efectúa una evaluación clínica sistemática de un paciente a partir de cinco ejes psicodinámicos: 1) vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, 2) patrones relacionales disfuncionales, 3) conflictos intrapsíquicos, 4) funcionamiento estructural y 5) trastornos mentales según sistemas DSM-CIE.

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

Eje II: Patrones relacionales disfuncionales. En este segundo eje planteado por el OPD-2, se trata de formular los patrones relacionales disfuncionales repetitivos del paciente. La formulación de esta dinámica incluye cómo vive el paciente a sus otros significativos y cómo los otros vivencian al paciente, en el marco de patrones de relación que resultan disfuncionales, en el sentido de su participación en producir y/o sostener el malestar. De acuerdo con los lineamientos del OPD-2, lo que se intenta capturar con el Eje II es cómo el paciente, en contraposición con sus propias perspectivas, establece (inconscientemente) sus relaciones, induciendo, en sus otros significativos, respuestas que luego percibe como amenazantes o decepcionantes. Así, se conforma un patrón, a modo de círculo vicioso, que incluye esta oferta de rol inconsciente. Este mismo patrón se involucra, asimismo, en la dinámica transferencia-



contratransferencia. El Eje II está estructurado a partir de 32 ítems relacionales que describen diferentes maneras de percibir a los otros y percibirse a uno mismo en la interacción con el otro. Se seleccionan dos o tres ítems para cada una de las perspectivas relacionales y se conforma el patrón (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). En la sección de resultados se describe cada uno de los elementos que cerraban el círculo vicioso interaccional del caso Ángel.

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

Eje IV: Funcionamiento estructural. El cuarto eje, “Estructura”, del OPD-2 realiza el diagnóstico del funcionamiento estructural, tomando como sustento dimensiones psíquicas que intervienen en la autorregulación del sí mismo y en su relación con objetos internos y externos. El OPD-2 plantea cuatro grandes dimensiones a evaluar, a saber: 1) percepción de sí-mismo y los objetos, 2) manejo del sí-mismo y de la relación con los

otros, 3) comunicación emocional (consigo mismo y con los demás) y 4) vínculo interno y relación externa. De acuerdo con la evaluación en cada una de estas áreas, se obtiene un grado de integración estructural, que oscila entre los puntajes 1 y 4, siendo 1=nivel alto y 4=nivel desintegrado. Como rango temporal, la evaluación de este eje considera los dos últimos años.

Eje V: Trastornos mentales según sistemas DSM-CIE. En este último eje, el OPD-2 incluye la nomenclatura diagnóstica de los sistemas DSM y CIE. De este modo, los cuatro primeros ejes permiten formular la psicodinámica que acompaña al diagnóstico descriptivo del caso (ver: Romero Pimienta, 2015).

Criterios de entrevista y focalización incluidos en el OPD-2. El OPD-2 ofrece criterios para la conducción de entrevistas diagnósticas, destinadas a recabar la información de cada uno de los ejes, denominadas “entrevistas OPD” (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). El formato de la entrevista OPD intercala momentos más y menos estructurados, con la intención de registrar información verbal a partir del relato del paciente, así como también información escénica no verbal a partir de la interacción paciente-terapeuta. A lo largo de una entrevista OPD, cada eje descrito aporta información relevante para el establecimiento de focos de trabajo clínico, cuya evolución puede ser monitoreada con ayuda de criterios incluido en el manual. De esta manera, se pueden determinar focos vinculados con patrones relacionales disfuncionales (focos relacionales), focos vinculados con conflictos intrapsíquicos (focos de conflicto), y focos vinculados con el funcionamiento de la estructura psíquica (focos de estructura). Siguiendo estudios previos (Grande et al., 2009; 2012) se considera que seleccionar cinco focos a partir de la formulación de un caso es suficiente para captar la psicodinámica del paciente (para más información, ver: Juan, 2017; Juan, Gómez Penedo & Roussos, 2017).

Procedimientos

Previo a su participación en el estudio, el paciente prestó por escrito su consentimiento para que el material de las sesiones fuera registrado y



utilizado con fines docentes y de investigación. Se enmascaró el material clínico, de manera de garantizar la confidencialidad de los datos, modificando cualquier información sensible que permitiese la identificación del paciente. A partir de dos entrevistas OPD-2 (ver materiales), se generó un perfil completo del caso Ángel. Esto incluyó codificar la información correspondiente cada uno de los cinco ejes y el establecimiento de cinco focos terapéuticos (uno relacional, dos de conflicto y dos de estructura). De este modo, el caso Ángel fue formulado de manera sistemática en términos psicodinámicos, a partir de los criterios OPD-2.

Resultados

La Tabla 1 resume la formulación del caso Ángel según criterios OPD-2, tal cual fue planteada por el terapeuta tratante a partir de dos entrevistas diagnósticas. La información de la Tabla 1 está basada en el trabajo de Juan y equipo (2019), realizado sobre el mismo caso clínico, pero comparando la perspectiva del terapeuta tratante y de dos juezas externas.

Ejes OPD-2	Perfil psicodinámico OPD-2 del caso Ángel (versión terapeuta)
Eje I. Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento	Presentación de síntomas físicos y psíquicos Intensidad del padecimiento subjetivo: alto Concepto de enfermedad orientado a factores psíquicos Concepto de cambio: tratamiento psicoterapéutico Modelo de cambio: orientado al conflicto y la reducción de síntomas Capacidad de observación-mentalización: media Sin beneficio secundario enfermedad
Eje II. Patrones relacionales disfuncionales Perspectiva A Vivencia del paciente	El paciente percibe que él, frente a los otros ... <ul style="list-style-type: none"> • Domina, controla • Exige espacios de libertad y autonomía • Porfía, se opone El paciente percibe que los otros ... <ul style="list-style-type: none"> • Le hacen reproches, culpan • No le dejan espacios de libertad, se entrometen • Le retiran el afecto
Eje II. Patrones relacionales disfuncionales Perspectiva B Vivencia de los otros (incluido el terapeuta)	Los otros vivencian que el paciente (oferta de rol inconciente): <ul style="list-style-type: none"> • Se enaltece y se coloca en el centro del interés • Se retira, se cierra, se va • Ataca, daña Los otros vivencian que ellos, respecto al paciente ... <ul style="list-style-type: none"> • Lo dominan, controlan, exigen • Se protegen mucho de ataques, están alertas • Se retiran se cierran, se van
Eje III. Conflictos intrapsíquicos activados	Principal: conflicto sumisión versus control Secundario: conflicto de identidad Modo de elaboración: predominantemente activo
Eje IV. Funcionamiento estructural	Estructural total: nivel alto-medio de integración Dimensión con menor integración: manejo (del Self y los objetos)
Eje V. Diagnóstico descriptivo (DSM-5)	Trastorno de Angustia sin Agorafobia

Tabla 1. Perfil OPD-2 generado por el terapeuta tratante, caso Ángel (basado en Juan et al., 2019)



Vivencia de la Enfermedad y Prerrequisitos para el Tratamiento (Eje I OPD-2)

Evaluación objetiva de la enfermedad-problema. Se consideró un nivel medio de gravedad objetiva de los síntomas (puntaje 2), teniendo en cuenta las crisis de ansiedad, con miedo a la muerte inminente y la sensación de pánico y pérdida de control. Respecto de duración del problema y la primera edad de manifestación del trastorno, el paciente refirió unos primeros episodios de ansiedad en 2011, que pudo resolver sin psicoterapia, pero que eran conectados por Ángel con los síntomas actuales. En ese momento, el paciente tenía 23 años.

Vivencia subjetiva de la enfermedad y descripción. Se consideró un nivel alto de padecimiento subjetivo (puntaje 3), dado lo inédito que parecía ser en Ángel el malestar provocado por las crisis (“nunca me sentí tan mal”). De hecho, el malestar subjetivo alto también parecía coherente con la decisión del paciente de consultar, decisión que no había tomado antes en su vida, incluso frente a sintomatología parecida en 2011. En el marco de la formulación del caso, se tomó este punto como un potencial motor del tratamiento, en el sentido de algo que había quebrado la homeostasis de un paciente muy “armado”, que venía sosteniendo un conflicto de identidad de larga data (ver Eje III).

En definitiva, se hipotetizó que el alto malestar subjetivo podría estar marcando en Ángel la necesidad de un cambio. Dentro de la descripción de sus crisis, el paciente hacía una presentación media (puntaje 2) de síntomas físicos, como opresión en el pecho y falta de aire. Al mismo tiempo, el paciente describía un alto monto de angustia y desorientación, generados no sólo por las crisis de ansiedad sino por la situación de ruptura de su noviazgo. Ángel también reconocía sensaciones de frustración rabia y enojo con su profesión de origen, y preguntas por su proyecto vocacional-laboral, de larga data irresuelto. Todos estos elementos llevaron a codificar un nivel medio (puntaje 2) de presentación de síntomas y problemas psíquicos. Por último, no refería estresores crónicos de índole social-laboral, por lo que se codificó ausente la presentación de problemas sociales (puntaje 0).

Concepto de enfermedad del paciente (modelo explicativo). Yendo a sus modelos explicativos, el paciente no basaba su consulta en las causas físicas de su malestar, sino que desde el primer encuentro manifestó explícitamente una necesidad de psicoterapia. Así, se codificó ausente un concepto de enfermedad orientado a factores físicos. Por su parte, se codificó que Ángel se explicaba en un grado medio (puntaje 2) su enfermedad a través de factores psíquicos. Al ser indagado por posibles efectos estresantes de su ambiente laboral-social, el paciente negó la existencia de problemas sociales como fondo de su consulta, e incluso resaltaba “lo bien que está en su trabajo” (se codificó ausente).

Recursos y obstáculos para el cambio. Se consideró un nivel medio de recursos personales (puntaje 2) en Ángel, dada la evidencia de una buena capacidad laboral, la posibilidad de que el paciente viviese solo y se mantuviera económicamente. El paciente claramente poseía capacidades y modos de conducta sanos y adaptativos, que podrían haber sido mayores de no estar interferidos por los conflictos que se codifican en el Eje III y las vulnerabilidades estructurales (acotadas) que aparecen en el Eje IV (ver más adelante). El punto más débil del paciente parecía ser la dificultad para una relación de pareja comprometida y madura, punto que podría sumar a sus relaciones adaptativas con la realidad. Del mismo modo, su tendencia a no poder negociar con ciertas lógicas de su profesión, o con ciertos aspectos de vivir en pareja, limitaban hasta cierto punto sus recursos personales.

El apoyo psicosocial percibido era bueno (puntaje 2), tanto en lo que hacía a su familia de origen (podía confiar en sus padres los síntomas de ansiedad, confiaba en la sugerencia de su tía para hacer la consulta) como en lo que hacía a sus amigos, con quienes se encontraba todas las semanas desde hace años, en reuniones que parecían muy importantes para él. Respecto de los obstáculos para el cambio, se codificó un apenas (puntaje 1) en los obstáculos externos, dado que sus horarios laborales, potencialmente cambiantes, podían marcar un problema a la continuidad de sesiones. Para el caso de obstáculos internos, los conflictos activados (sobre todo el de sumisión-control) y cierta dificultad estructural para



regular la relación con el objeto, podían ser obstáculos en la disposición a la psicoterapia del paciente (ver Ejes III y IV). Varias veces en las entrevistas, Ángel había interrumpido al terapeuta para “terminar de contar” determinados hechos, lo que se interpretó como una tendencia solapada a controlar las sesiones, que bien podía obstaculizar en cierta medida el tratamiento. Del mismo modo, su insistencia en que “no lo molesten” marcaba algún riesgo a que el terapeuta pasase a ocupar ese rol de quien se entromete y deja pocos espacios de libertad, o reprocha y critica, tal cual se consideró en el diagnóstico relacional (ver Eje II).

Indicación a psicoterapia. Llegados al final del Eje I, se consideraron varios criterios de indicación a la psicoterapia: 1) suficiente padecimiento subjetivo como para motorizar una búsqueda de ayuda y cambio, 2) un concepto de enfermedad claramente orientado a lo psicológico, 3) una expectativa de tratamiento psicoterapéutico como predominante, 4) buenos recursos personales y buen apoyo psico-social. Dentro el contexto de estos elementos, Ángel manifestaba la reducción de síntomas como uno de los objetivos fundamentales de su tratamiento (“no tener más crisis de ansiedad”), por lo que se codificó un nivel medio (puntaje 2) para esa expectativa de cambio. De todas formas, no era la única motivación al cambio que refería, ya que desde el inicio se mostraba dispuesto a un “psicoanálisis” que trate “el por qué” de las crisis. El paciente aceptaba las hipótesis dinámicas ofrecidas sobre el trasfondo conflictivo de sus síntomas, e incluso se mostraba motivado a trabajarlo, por lo que también se codificó un nivel medio (puntaje 2) de una expectativa de cambio reflexiva, orientada al conflicto. Como el paciente no manifestaba una motivación orientada al alivio emocional, se codificó ausente (puntaje 0) su expectativa de una terapia de apoyo emocional. Del mismo modo, y probablemente bajo el influjo de su conflicto sumisión-control (ver eje III), no aparecía en Ángel una expectativa clara de ser dirigido activamente por el terapeuta como modalidad de tratamiento (se codificó ausente una expectativa de tratamiento activo-directivo).

Yendo a la capacidad de introspección y mentalización, se codificó alta (puntaje 3), dado que el

paciente era capaz de tomar elementos de las intervenciones y realizar insights. También aceptaba y elaboraba entre las sesiones las hipótesis dinámicas que se le ofrecían. Por último, era capaz de conectar su ansiedad de manera espontánea con cuestiones emocionales y asociarla con conflictos biográficos. Esto también hablaba de su buena autorreflexión, la cual se consideró un recurso estructural (ver Eje IV). Finalmente, no había criterios OPD-2 para beneficio secundario de la enfermedad (se codificó ausente).

Patrones Relacionales Disfuncionales (Eje II OPD-2)

¿Cómo vivenciaba el paciente repetitivamente a los otros? Ángel vivenciaba repetidamente que los otros no le dejaban espacios de libertad y se entrometían (ítem 9), por ejemplo, en su relación de pareja, donde frecuentemente se sentía invadido. Al mismo tiempo, percibía que los demás lo criticaban y le reprochaban su estilo serio y estricto (ítem 12), por ejemplo, en su trabajo como supervisor de empleados. Asimismo, sentía que los otros le retiraban el afecto (ítem 13), especialmente su ex pareja que había terminado siendo “cero demostrativa y fría”.

¿Cómo reaccionaba frente a su percepción de los otros? Ángel reaccionaba exigiendo al otro, espacios de libertad y autonomía (ítem 17): “me cansé de que mi novia me pidiera cosas, de que se quejara de que llegaba cansado”, pero también era crítico y dominante (ítem 10) frente a la retirada del afecto del otro, y frente a los reproches por su estilo serio y estricto: “yo no voy a decirle las cosas que tengo que decir con una sonrisa, porque lo que pasa es que no quieren trabajar”. Esto solía desembocar también en una postura porfiada del paciente (ítem 18), donde éste se oponía a los intereses del otro, o a la lógica de su profesión, “pateando el tablero” sin medir demasiado las consecuencias.

¿Qué tipo de oferta relacional (inconciente) hacía a los otros con su reacción? Ángel no parecía ser del todo consciente de cómo su actitud porfiada terminaba llevándolo a abortar drásticamente planes, proyectos y relaciones, retirándose, cerrándose y yéndose (ítem 32). Del mismo modo, una parte central de su oferta de rol



inconciente radicaba en lo agresiva que podía ser su respuesta, atacando y dañando al otro (ítem 14), cuando, en realidad, creía que estaba “haciendo lo que corresponde”. Finalmente, en este proceso tampoco era del todo consciente de cómo se colocaba en el centro del interés, asumiendo una postura egocéntrica (ítem 19), descuidando los intereses del otro (novia, hermana, empleados) o las reglas de su ambiente profesional.

¿Qué tipo de respuesta inducía inconscientemente en otros? Es probable que tanto la retirada del paciente como su demostración de agresividad generase en el otro una retirada (ítem 32) en consecuencia (por ejemplo, el enfriamiento de su novia), una actitud alerta frente a sus ataques (ítem 30), por ejemplo, sus empleados atentos a su actitud rígida; o un contraataque de control y exigencia (ítem 10), por ejemplo, su novia marcando la rigidez del paciente, exigiendo una actitud distinta. Contra-transferencialmente, el terapeuta oscilaba entre una tendencia a confrontar la rigidez y egocentrismo del paciente, y una tendencia a mantenerse al margen. Se topaba con algo “muy armado” y una agresividad solapada.

¿Qué vivenciaba el paciente cuando los otros respondían a lo inducido por él? La reacción inducida en los demás confirmaba la percepción del paciente de que siempre era criticado (ítem 12), de que el otro se entrometía y no le dejaba espacios de libertad con sus críticas, reproches y exigencias (ítem 9), o de cómo los demás podían terminar tomando una actitud afectivamente distante (ítem 13).

Conflictos Intrapsíquicos Activados (Eje III OPD-2)

Precondiciones para la evaluación del conflicto. Antes de evaluar cada conflicto, el Eje III plantea cuatro precondiciones sobre su evaluación: 1) tiene que existir la suficiente seguridad diagnóstica, 2) el nivel de funcionamiento estructural (ver Eje IV) no debe ser bajo para permitir la configuración de conflictos, 3) el uso de defensas no debe ser excesivo, de manera tal que los conflictos puedan surgir en las entrevistas, y 4) los temas de conflicto no deben estar circunscriptos a una situación actual de crisis, lo que implicaría

un “conflicto actual”, pero no un conflicto intrapsíquico propiamente dicho.

¿Faltaba seguridad diagnóstica? Con ayuda del terapeuta, Ángel fue capaz de reconocer un trasfondo conflictivo de sus crisis de ansiedad, rescatando señalamientos de cómo su conflicto (de roles) podría estar en la base de sus síntomas, tal cual reconocía que habían estado en la base de sus síntomas años atrás. El paciente admitía abiertamente que la tendencia a querer controlarlo todo, lo caracterizaba desde siempre, y también que no había podido resolver de una forma clara la coexistencia de su actual rol laboral con su rol artístico-profesional. Por estos motivos, se consideró que no faltaba seguridad diagnóstica.

¿El nivel estructural era bajo? Por otra parte, y aunque pudieron plantearse focos de estructura (ver más adelante) el nivel de funcionamiento estructural de Ángel no era bajo. Era bastante específico en la presentación de su problema, y muy claro explicando su motivo de consulta. Existían diversas áreas relativamente libres de conflictos, como su empleo, sus amistades y el vínculo familiar. Era capaz de una exploración interna, con momentos dirigidos de insight a lo largo de las entrevistas. El paciente había llegado a consulta por crisis de ansiedad, pero logró cerrar la primera entrevista con la idea de un trasfondo conflictivo como dinámica subyacente de los síntomas. Tenía una expectativa de cambio orientada a la reflexión y el conflicto, buenas capacidades de introspección, mentalización e insight (ver Eje I). Todos estos elementos alejaban al paciente de niveles bajos de funcionamiento estructural (ver Eje IV), permitiendo delimitar conflictos intrapsíquicos claros.

¿El paciente hacía un uso excesivo de defensas? Las defensas en Ángel (predominantemente obsesivas) no impedían la evaluación del eje III, pero sí la dificultaban.

¿Se trataba de un conflicto actual? Ángel aclaró no sólo que sus crisis de ansiedad se habían dado en el pasado, sino que además venía lidiando históricamente con su conflicto de roles normativos, y que sus vínculos consigo mismo y con los demás habían estado siempre atravesados por la temática del control. Todos estos elementos permitieron descartar un conflicto actual.



Conflicto principal: sumisión-control. Se consideró que el conflicto de “sumisión versus control” planteado por el OPD-2 era el conflicto principal del paciente, codificándose un puntaje 3 (muy significativo). En primer lugar, Ángel presentaba los afectos guía propios del conflicto sumisión-control, dados por la rabia y la frustración que, por ejemplo, el paciente refería respecto de su profesión, pero también la impotencia que le generaban las crisis de ansiedad, el no poder controlar su cuerpo, lo “inaceptable” de tener ese tipo de síntomas. Ángel se autodefinía como una persona estricta, responsable, interesada en lo “que corresponde”. Espontáneamente aludía a su familia de origen en términos de tradición y mandato. El paciente aceptaba que el tema del control venía acompañándolo históricamente y que, de hecho, la situación desencadenante de sus síntomas podía entenderse como consecuencia de que su novia le “había hecho perder el control” de la ruptura. Ya al formular el patrón relacional (ver Eje II) se incluyeron las temáticas de dirigir a otros y mostrar agresividad, propias también del conflicto sumisión-control. La hipótesis dinámica que se planteó, y que fue tomada por el paciente, implicaba que el exceso de control emocional podría estar en la base de sus actuales síntomas de ansiedad.

Conflicto secundario: conflicto de identidad. Se codificó como conflicto secundario, asociado con el conflicto anterior de sumisión-control, un conflicto de identidad o roles normativos, según criterios OPD-2. En este caso, se consideró un puntaje 2 (significativo). Ángel rescataba de las primeras entrevistas el señalamiento respecto de que “no se trataba únicamente de su novia” el problema, sino de su conflicto con la profesión artística que amaba (el canto). Cuando se planteó la hipótesis de que este conflicto de identidad podía ser “la cocina” de sus crisis de ansiedad, el paciente aceptó esta intervención y reconoció que le era significativa. Al indagar más profundamente este aspecto, el paciente refirió un conflicto de larga data entre su rol como cantante (poco desarrollado según él) y su rol como empleado de comercio, valorado y en crecimiento. Tomando en cuenta que el nivel estructural de Ángel no era bajo (ver Eje IV), se descartó la posibilidad de un problema estructural de identidad. Más bien el

paciente presentaba dos roles claros y diferenciados (cantante y empleado), que habían estado en conflicto históricamente. De hecho, uno de los pensamientos que acompañaba sus crisis de ansiedad era el sentir impotencia, entre otras cosas, por no haber podido ubicarse en su profesión, por no estar viviendo de su profesión artística. Este conflicto también era claro en 2011, espontáneamente referido por el paciente como el contexto que podría explicar las crisis de ansiedad de ese momento. Al momento de la consulta, Ángel se encontraba “enojado” con la profesión, pero “sería el hombre más feliz del mundo” si “pudiera estar cantando en un escenario”. El conflicto principal de sumisión-control operaba sobre este conflicto secundario, por ejemplo, cuando el paciente reconocía sus históricas reticencias a negociar con la lógica de la profesión, haciendo “lobby” y “vendándose”. La problemática del control se asociaba con su conflicto de identidad, a su vez, en las sucesivas experiencias de producción y preparación de presentaciones que Ángel había abordado drásticamente porque “eran un desastre”.

Tipo de elaboración de los conflictos. Respecto del tipo de elaboración de los conflictos, se codificó un modo mixto preferentemente activo, dado que predominaba en Ángel el polo del control por sobre la sumisión en su conflicto principal. También se observaban intentos activos en el paciente por disimular la disonancia de identidad que le genera su profesión artística y su actual actividad laboral.

Funcionamiento Estructural (Eje IV OPD-2)

Percepción de sí-mismo y los objetos. Ángel era capaz de orientar su mirada hacia su propia persona y su mundo interno, percibir en forma diferenciada los afectos, y disponer de una autoimagen constante y coherente a través del tiempo. Del mismo modo, el paciente no evidenciaba dificultades para diferenciar afectos, impulsos y pensamientos en cuanto a su atribución al sí mismo o a los objetos. Si bien, por influencia de sus conflictos, Ángel tendía a percibir al otro desde sus propias necesidades, exagerando aspectos positivos y negativos, lograba de todas formas una percepción no disociada del objeto. Asimismo, estaba en condiciones de generar y transmitir una imagen



relativamente realista del otro. Se codificó un nivel alto de integración (puntaje 1).

Autorregulación. Ángel había presentado problemas vinculados con la sobre regulación (por ejemplo, el intento de lidiar sin psicoterapia las primeras crisis) como con la irrupción impulsiva (se autodefinía como una persona que “no podía frenar sus impulsos sexuales”, y que, en general, “pateaba el tablero” si sentía que las cosas no iban a su manera). Asimismo, la constante preocupación en Ángel porque le dejases espacios de libertad podía ser entendida como cierta dificultad para tolerar los afectos negativos en las relaciones. Del mismo modo, le había resultado “inaceptable” el tener crisis de ansiedad. Se consideró también que la actitud defensiva del paciente (“yo no te voy a decir con una sonrisa que tenés que trabajar”, “mírame cantar y vas a ver lo bueno que soy”) indicaba la necesidad de compensar alteraciones en su autoestima. Todos estos elementos llevaron a codificar un nivel medio de integración estructural (puntaje 2). Como se verá más adelante, esto implicó considerar como foco de estructura la temática de autorregulación.

Regulación de la relación con el objeto. El reclamo constante de Ángel respecto de que los otros no se entrometan y le dejen espacios de libertad interfería también en la protección de las relaciones. De hecho, el paciente se jactaba de “decir las cosas en la cara”, tal vez descuidando un aspecto central de la regulación de la relación con sus otros significativos. Del mismo modo, la forma en que el paciente justificaba sus relaciones de pareja paralelas daba la pauta de una dificultad para la regulación de los intereses en la relación con el objeto. Ángel explicaba que, si sentía deseos sexuales hacia otra mujer, por qué habría de reprimirlos, descuidando probablemente los efectos de dichas conductas en la relación con la que era su novia, en especial los intereses y necesidades de ésta. Lo mismo puede aplicarse hacia el “malhumor” y “cara larga” de la que fuera su pareja, conductas que el paciente sancionaba desde sus propios intereses. La situación desencadenante de la consulta implicaba cierta falla en la anticipación, tanto de la reacción de su novia, como del impacto de sus conductas y actitudes en el noviazgo como un todo. Lo mismo podría ejemplificarse en los episodios laborales, donde Ángel no

terminaba de poder registrar las consecuencias negativas de “patear el tablero” o “ser estricto” en sus vínculos. Al igual que en el caso anterior, se consideró que estas dimensiones de regulación de la relación con el objeto presentaban en Ángel un nivel medio de integración estructural (puntaje 2), lo que también llevó a pensar en focos de trabajo clínico.

Comunicación emocional interna y externa. Ángel era capaz de mentalizar y reflexionar a partir de sus crisis de ansiedad, entendiéndolas como tales. Su profesión artística también implicaba una conexión relativamente integrada con su cuerpo. Ángel poseía la capacidad de establecer contactos vitales (parejas, familia, amigos, compañeros de trabajo). Se mostraba dispuesto en la entrevista a establecer contacto con el terapeuta. Por momentos, la comunicación afectiva era vivaz, interesante y fructífera (por ejemplo, cuando describía aspectos de su profesión artística). En la misma línea que su problema para regular los intereses (ver regulación de la relación con el objeto), era claro que en Ángel había dificultades para empatizar con la experiencia del otro, por acción de sus conflictos y sus vulnerabilidades estructurales acotadas. Paradigmáticamente, no lograba explicarse por qué su novia de entonces había replanteado la ruptura, ni tampoco por qué frecuentemente los otros lo percibían como agresivo, cuando él simplemente estaba haciendo lo que “correspondía”. En conjunto, estas dimensiones se codificaron con un nivel medio-alto de integración estructural (puntaje 1,5).

Vínculo con objetos internos y externos. Ángel era capaz de desarrollar y mantener imágenes internas, emocionalmente estables, de personas significativas (madre, hermana, amigos, maestros profesionales). Su rabia frente al poco reconocimiento profesional podía entenderse en términos de una angustia frente a la pérdida del amor del objeto. La aparición de crisis de ansiedad (tanto ahora como antes) evidenciaba cierta dificultad estructural para auto tranquilizarse y apoyarse. También el paciente refería sentirse criticado y poco reconocido, lo que podía entenderse en términos de objetos internos no del todo contenedores, si bien no se trataba de una falla estructural seria. Existía en Ángel un deseo y capacidad de vincularse con los otros (grupo histórico de



amigos, familia, amiga que lo había ayudado a lidiar con las crisis en el pasado, su tía que había recomendado tratamiento). Esta capacidad estructural también se ponía de manifiesto en la entrevista, dado que el paciente se mostraba dispuesto a un tratamiento e incluso a colaborar en una investigación. Siendo su primera consulta, el hecho de haber buscado tratamiento denotaba en Ángel la capacidad para aceptar ayuda. Quedaban dudas de hasta qué punto el paciente podía tolerar las separaciones, dado que la ruptura con su novia había marcado el factor desencadenante de sus crisis de ansiedad y de su consulta. De todas formas, no había indicios en la entrevista ni en su biografía de un aferramiento al objeto, (afrentamiento narcisista) con lo cual la capacidad estructural estaba afectada de manera muy parcial. Todos estos elementos llevaron a codificar un nivel medio-alto de integración estructural (puntaje 1,5).

Estimación global del funcionamiento de la estructura. A partir de lo codificado en cada dimensión, se consideró un nivel de integración estructural global medio-alto (puntaje 1,5) para Ángel. Esto se basó en que, a lo largo de las cuatro

dimensiones estructurales antes descritas, Ángel evidenciaba buenos recursos estructurales en general, con algunos puntos menos integrados vinculados con la autorregulación y la regulación de la relación con el objeto. Consecuentemente, dichos puntos se transformaron en focos de trabajo clínico (ver más adelante).

Diagnóstico Descriptivo Según Sistema DSM (Eje V OPD-2)

Se consideró que Ángel cumplía criterios de un Trastorno de Angustia sin Agorafobia en remisión según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). A nivel de personalidad, se consideraron rasgos narcisistas y obsesivos.

Elección de focos terapéuticos a partir de la formulación OPD-2 efectuada

La Tabla 2 resume la elección de focos efectuada para Ángel a partir de la formulación del caso en términos del OPD-2 (ver también: Juan et al., 2019).

Tipo de foco OPD-2	Descripción
Relacional (oferta de rol inconciente)	Se enaltece, se coloca en el centro del interés Se retira, se cierra, se va Ataca, daña
Foco de conflicto #1	Conflicto sumisión-control
Foco de conflicto #2	Conflicto de identidad
Foco estructura #1	Autorregulación: manejo de los impulsos
Foco estructura #2	Regulación relación con objeto: regulación de los intereses

Tabla 2. Focos OPD-2 planteados por el terapeuta tratante, caso Ángel (basado en Juan et al., 2019).

Foco relacional. Por definición, el centro del foco relacional está en la oferta de rol inconciente del paciente. En este caso, Ángel no parecía ser del todo consciente de cómo su actitud porfiada terminaba llevándolo a abortar drásticamente planes, proyectos y relaciones, retirándose, cerrándose y yéndose. Del mismo modo, una parte central de su oferta de rol inconciente radicaba en lo agresiva que podía ser su respuesta, atacando y

dañando al otro, cuando en realidad creía que está “haciendo lo que corresponde”. Finalmente, en este proceso tampoco era del todo consciente sobre cómo se colocaba en el centro del interés, asumiendo una postura egocéntrica, descuidando los intereses del otro (novia, empleados) o las reglas del ambiente profesional. Cada una de las tres posturas relacionales se constituyeron en centro de atención terapéutica, primero buscando que el



paciente ganase conciencia y responsabilidad sobre las mismas, para luego apuntar a una flexibilización y ampliación del posible repertorio de respuestas relacionales. Todo esto también tuvo de base la relación paciente-terapeuta, además de tener como telón de fondo los conflictos con el control y la identidad, y sus fallas parciales de estructura para la regulación (ver focos de conflicto y focos de estructura).

Foco de conflicto #1: sumisión-control. La hipótesis dinámica que se planteó a partir de la formulación del caso, y que fue tomada por el paciente, implicaba que el exceso de control emocional estaba en la base de sus actuales síntomas de ansiedad. Con esta hipótesis como punto de partida, el foco de conflicto principal apuntó a lograr una relación más flexible con el control, buscando puntos intermedios en la lógica binaria “sumisión-control”. También se tendió a analizar los conflictos del paciente con su ex pareja, sus compañeros de trabajo y su profesión artística en términos de “control-sumisión”. Trabajar sobre el control emocional también conectó al paciente con su conflicto de identidad (ver foco de conflicto #2) y sus fallas para la regulación estructural (ver focos de estructura), que oscilaban entre la sobre regulación y el desmanejo de los impulsos, e involucraban un desconocimiento de los intereses del otro en las relaciones.

Foco de conflicto #2: conflicto de identidad. El paciente presentaba dos roles claros y diferenciados que venían estado en conflicto históricamente. La hipótesis base para este foco fue que el conflicto de identidad era el terreno (“la cocina”) de las crisis de ansiedad de Ángel, tanto años atrás como al momento de la consulta. El paciente aceptó esta intervención y reconocía que le era significativa. Siguiendo la misma línea de flexibilización del foco anterior, aquí se trató de buscar compatibilizar ambos roles en pugna, e incluso ayudar al paciente a optar, de ser necesario, entre alguno de ellos, de manera tal que pudiera asumir “un camino” sin quedar en permanente conflicto por “el otro que dejaba”. Los focos de estructura, una vez más, funcionaron como telón de fondo del trabajo sobre este conflicto, por ejemplo, en lo que hacía a la necesidad de “renunciar” a un camino en favor de otro, o a un interés en función de otro.

Foco de estructura #1: autorregulación; manejo de los impulsos. Aunque no se trató de una terapia centrada en la estructura, era claro que en el paciente había fallas parciales para el manejo de los impulsos, muy probablemente acentuadas por sus conflictos y su patrón relacional. Este foco buscó concientizar al paciente sobre sus dificultades para manejar sus impulsos, “refrenarlos”, renunciar a una satisfacción. Se buscó problematizar este aspecto, apelando a los buenos recursos estructurales del paciente: ¿por qué no renunciar a una satisfacción? ¿siempre era bueno satisfacer los impulsos? ¿hasta dónde “contenerse”?

Foco de estructura #2: regulación de la relación con el objetivo, regulación de los intereses. En relación con el foco anterior, sus problemas de autorregulación repercutían en la regulación de la relación con el objeto, donde Ángel descuidaba los intereses del otro (en sintonía con la oferta de rol inconciente descrita más arriba). Este foco buscó una regulación más equilibrada y un reconocimiento más completo de los intereses del otro en las relaciones. Se instó a mostrar las dificultades interpersonales que este tema estructural podía generarle, y la relación de este foco con sus temas conflictivos. En la misma línea que los focos anteriores, se pensó una estrategia general de trabajo en torno a la flexibilización del paciente, tanto en términos de sus conflictos como en términos de sus problemas acotados de estructura.

Orientación Estratégica de la Psicoterapia

Uno de los puntos clave en la formulación del caso según criterio OPD-2 radica en poder determinar la orientación estratégica de la psicoterapia, considerando dos polos de un continuo, con un extremo marcado por psicoterapias orientadas a los conflictos intrapsíquicos y otro extremo marcado por psicoterapias orientadas a el apoyo y desarrollo de funciones estructurales dañadas. Tomando en cuenta el perfil y los focos establecidos para el paciente, se consideró que Ángel tenía un nivel de integración estructural lo suficientemente alto como para un abordaje focalizado en conflictos, si bien el tratamiento también debía tener en cuenta focos de estructura vinculados con el manejo de sí mismo y de la relación con el



objeto. Por tales motivos se consideró una psicoterapia de orientación mixta, preferentemente focalizada en el trabajo de los conflictos de control e identidad.

Discusión

El presente trabajo presentó y describió un perfil OPD-2 completo de un caso clínico, abarcando cada uno de los cinco ejes psicodinámicos del manual. Asimismo, se presentaron los cinco focos terapéuticos, formulados con el OPD-2, que se trabajaron clínicamente con el paciente. El primer autor de este trabajo fue el clínico tratante, certificado en el uso y entrenamiento del OPD-2, cumpliendo un doble rol de clínico-investigador.

El OPD-2 como Herramienta para la Formulación de Casos en Terapia Psicodinámica

Una primera conclusión alude a las posibilidades del OPD-2 como herramienta sistemática para la formulación del caso en terapia psicodinámica. Así, de manera sucinta, resulta posible captar los aspectos centrales del caso Ángel al momento de su consulta, así como también los factores más importantes que pueden haber funcionado como mantenedores de sus síntomas y problemas. Llegamos a ciertas respuestas (aunque sean parciales) respecto de qué le pasa al paciente, por qué le pasa y cómo podríamos ayudarlo, siguiendo los planteos de Bernardi y equipo (2016) sobre la utilidad clínica de la formulación psicodinámica de casos.

De manera más específica, con ayuda del OPD-2 nos generamos un diagnóstico claro de la aproximación del paciente al tratamiento, los aspectos vivenciales de su problema, y el tipo de tratamiento que parece más indicado. A su vez, podemos “fotografiar” su dinámica relacional problemática, registrándola también a nivel de nuestra contra-transferencia, lo que nos permite utilizar dicho recurso hacia una mejor comprensión del paciente y de cómo se vincula con sus otros significativos. La formulación sistemática del caso mediante OPD-2 también nos habilita precisar las conflictivas intrapsíquicas más significativas del paciente. Con el eje dedicado a la estructura,

podemos captar la base de funcionamiento del paciente, organizada en términos del sí mismo y su relación con los objetos. Finalmente, todo esto es complementado con los diagnósticos descriptivos del paciente, tratando de lograr una comprensión psicodinámica de los trastornos tipificados en los sistemas DSM y CIE, en el sentido en que Romero Pimienta (2015) postula un diálogo posible entre la psiquiatría y el psicoanálisis.

En estudios previos realizados sobre el mismo caso clínico, Juan y equipo (2019) compararon este perfil OPD-2 generado por el terapeuta con el elaborado por dos jueces externos, observando importantes convergencias que, en cierta medida, otorgan validez teórica al OPD-2 y validez clínica a los datos presentados en el presente trabajo. Sin embargo, es indudable que la codificación presentada surge de la formación, entrenamiento y juicio clínico del terapeuta tratante. Así, es factible que otro clínico pueda llegar a perfiles diferentes, al menos en aspectos específicos. Por ejemplo, si se toma en cuenta que las crisis de ansiedad pueden evidenciar dificultades para desarrollar y mantener imágenes internas estables (Rudolf 2006/2017), quedan interrogantes abiertos sobre si el nivel de integración estructural en Ángel no era más bajo que el considerado por el terapeuta. Aquí se abriría la línea de formulación del caso donde el sustrato psicodinámico subyacente de las crisis de ansiedad sería, entre otros, la falta de buenos introyectos, dando la pauta de una falla estructural más importante que la codificada en el perfil presentado.

De cualquier modo, este tipo de discusiones pueden ser fructíferas para la clínica y la investigación, en la medida en que los terapeutas compartan un entrenamiento y una lógica para la organización de datos clínicos y su operacionalización. Así, el entrenamiento en el uso del OPD-2 puede funcionar como una suerte de “estandarización” del juicio clínico en terapias psicodinámicas, suscribiendo la necesidad que Wallerstein (2006) remarcaba respecto del “terreno común” en psicoanálisis. En esta línea, apuntamos con este trabajo también a la difusión del OPD-2 como herramienta y su importancia para el entrenamiento de terapeutas. Lo mismo puede decirse respecto de la utilidad de estos criterios para la comunicación interdisciplinaria, el trabajo en los



equipos de salud mental y el proceso de supervisión (ver: Juan, 2017).

El OPD-2 y la Posibilidad de Personalizar los Tratamientos

La formulación del caso Ángel también permite plantear al OPD-2 como una plataforma de *investigación orientada a la práctica clínica* (Fernández-Álvarez et al., 2020). Esto implica orientar la investigación empírica hacia problemas clínicos concretos y, al mismo tiempo, involucrar a los clínicos en preguntas y procesos de investigación. La formulación de caso presentada permite apreciar cómo el OPD-2 habilita un uso clínico y, al mismo tiempo, está sistematizado como para aplicarse a la investigación empírica.

Como un ejemplo de este tipo de posibilidades, Juan y equipo (2019) compararon los perfiles OPD-2 del caso Ángel (generados por el terapeuta y por jueces externos) para analizar el abandono temprano del paciente, luego de la quinta sesión de tratamiento. A la luz de convergencias y divergencias entre los perfiles OPD-2, los autores discuten si se podría haber anticipado el riesgo de abandono, o sugerido líneas de intervenciones para prevenirlo. Por ejemplo, los autores reportan cómo los jueces consideraron un conflicto de autovaloración como significativo, mientras que el terapeuta no lo hizo. A la luz de esta diferencia, en retrospectiva, surgieron hipótesis sobre si las intervenciones terapéuticas, al no tener en cuenta la autovaloración como foco, podrían haber precipitado el abandono, acentuando la conflictiva del paciente. Del mismo modo, dado que los jueces, a diferencia del terapeuta, establecieron como foco de estructura la tolerancia afectiva, quedan interrogantes sobre si los focos en el conflicto de control y de identidad, establecidos por el terapeuta, implicaron para el paciente cuestiones difíciles de tolerar, que impactaron en sus vulnerabilidades estructurales. Juan y equipo (2019) también discuten la importancia que podría haber tenido en general, el hecho de que evaluadores externos brindaran feedback al terapeuta durante el proceso. Por último, cabe aclarar la naturaleza compleja del fenómeno de abandono, dado que, por ejemplo, el paciente volvió a comunicarse seis meses después para pagar honorarios pendientes y

recomendar al terapeuta para el tratamiento de una persona de su entorno, mostrándose muy agradecido con el espacio y refiriendo que el proceso lo había ayudado mucho (Juan et al., 2019). Esto también nos alerta sobre la posibilidad de que, desde nuestra perspectiva clínica, tomemos como abandono temprano un proceso que, desde la perspectiva del paciente, ha resuelto de manera breve una situación crítica (Olivera et al., 2017).

Dentro de este marco, el OPD-2 aparece como una vía posible de personalización de tratamientos, línea vigente de investigación en psicología clínica que busca generar evidencia sobre la mejor manera de adaptar los tratamientos a las características de los pacientes, a fin de que puedan obtener el mejor beneficio posible (Delgadillo & Lutz, 2020; Gómez Penedo et al., 2017). En efecto, una generalización de estudios que utilicen el OPD-2, sus guías estratégicas de intervención y sus mecanismos de evaluación del cambio, podrían servir para fomentar la personalización en psicoterapia; observando qué perfiles se benefician más de determinadas intervenciones y determinados estilos terapéuticos. El proyecto de investigación en el que se inscribe el caso Ángel está abocado a responder este tipo de desafíos.

Como se adelantó en la introducción, con la descripción de la formulación sistemática del caso Ángel buscamos, en definitiva, difundir una herramienta y una modalidad de procesamiento de material clínico, como es el OPD-2. Esperamos, de esta manera, que los criterios OPD-2 descritos e ilustrados puedan ser útiles para la formación y entrenamiento de los terapeutas. También apuntamos a que sean útiles como plataforma de investigaciones orientadas a la práctica clínica, en contextos como el latinoamericano, con gran presencia de modelos de tratamiento basados en el psicoanálisis.

Limitaciones del estudio

Inevitablemente, la formulación de caso efectuada necesitó de entrenamiento en el terapeuta para su elaboración, del mismo modo que necesita en cualquier lector cierta familiarización con los criterios OPD-2 para su correcta comprensión y apreciación. Si bien esto marca una limitación del estudio, el OPD-2 tiene en cuenta este



problema y utiliza un nivel bajo de abstracción, tratando de generar un lenguaje compartido entre profesionales. Por otro lado, existen ventajas y desventajas en el rol del terapeuta, quien ocupó para este estudio la posición de clínico y al mismo tiempo de investigador. Por un lado, representa una fortaleza y una búsqueda específica de un trabajo inserto en el paradigma de la investigación orientada a la práctica. Por el otro, puede ser una fuente de sesgos. Como en todo estudio de caso único, los resultados aquí descritos pueden deberse en parte a especificidades del caso y la díada particular paciente-terapeuta. Futuras investigaciones deberán explorar otras metodologías que permitan una mayor generalización hacia la población de pacientes de psicoterapia psicodinámica como un conjunto más amplio.



CV abreviado primer autor

Doctor en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Terapeuta especializado en psicoterapia psicodinámica. Diplomado y entrenador oficial en Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Docente de grado y posgrado, Facultad de Psicología, UBA. Profesor del Instituto Universitario de Salud Mental, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Profesor del Doctorado en Psicología, Universidad del Salvador, Buenos Aires. Investigador senior del Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI), Buenos Aires, Argentina. Ex becario doctoral CONICET-UBA

Referencias:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aveline, M. (1999). The advantages of formulation over categorical diagnosis in explorative psychotherapy and psychodynamic management. *The European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 2(2), 199-216.
- Barber, J. P., & Sharpless, B. A. (2015). On the future of psychodynamic therapy research. *Psychotherapy Research*, 25(3), 309-320.
- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L., & Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica del caso: su valor para la práctica clínica*. Montevideo, Grupo Magro Editores.
- Bromberg, P. M. (1998). Staying the Same while Changing. Reflections on Clinical Judgment. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 8(2), 225-236. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10481889809539244>
- Castonguay, L., Barkham, M., Lutz, W., & McAleavey, A. (2013). Practice-oriented research: Approaches and application. In: Lambert, M. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 85-133.
- 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*. N 6. Disponible en: <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abr-il2016/delaparra.pdf>
- Delgadillo, J., & Lutz, W. (2020). A development pathway towards precision mental health care. *JAMA Psychiatry*, 346, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5595>
- Diener, M., Hilsenroth, M., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M., & Lucas, C. P. (1998). What's in a case formulation?: development and use of a content coding manual. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 144.
- Fenichel, O. (1945/1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Paidós.
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sanchez Reales, S., Molinari, G., Gómez Penedo, J. M., & Youn, S. J. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del psicólogo*. 41(2), 81-90. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/189695/70893.pdf?sequence=1>
- 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.
- Freud, S. (1912/2001). Sobre la dinámica de la transferencia. En: *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XII, 93-106.
- Gabbard, G. (2000/2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, 3ra edición. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- Gómez Penedo, J. M., Constantino, M. J., Coyne, A. E., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2017). Markers for context-responsiveness: Client baseline interpersonal problems moderate the efficacy of two



- psychotherapies for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, 1000–1011.
- 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.
- Grande, T., Keller, W., y Rudolf, G. (2012). What Happens After Treatment: Can Structural Change be a Predictor of Long-Term Outcome? In: Levy, R. A., Ablon, J.S., y Kächele, H. (Eds): *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, 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, Barcelona.
- 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. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4284/Criterios_Juan.pdf?sequence=1
- Juan, S.; Chávez, I., López Fediuk, L., Manubens, R. & Gómez Penedo, J.M. (2018) *Mecanismos de cambio en un caso único sistematizado de terapia psicoanalítica*. Trabajo presentado en las VI Jornadas de Investigación en Psicología, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador.
- Juan, S., Gómez Penedo, J.M., & Roussos, A. (2017). Proyecto de investigación: Foco terapéutico y mecanismos de cambio en un caso de único de psicoterapia psicoanalítica. *Diagnosís*, 14(1). Disponible en: <http://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/204>
- Juan, S., Gómez Penedo, J.M., & Roussos, A. (2019). Comprensión y abordajes psicoanalítico-psicodinámicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada (pp. 167-196). En: I. Etchebarne, J. M. Gómez Penedo, y A. J. Roussos (Comps.), *Nuevos desarrollos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Juan, S., Manubens, R., Chávez, I., López Fediuk, L., Roussos, A. & Gómez-Penedo, J. M. (2019). Focos terapéuticos en un caso de abandono temprano: perspectivas del terapeuta y de jueces externos. *Investigaciones en Psicología*, 24(2), 33-42. <https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a24>
- Kächele, H. (2010). Distinguishing psychoanalysis from psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(1), 35-43.
- Kächele, H., Schachter, J., y Thöma, H. (2009). From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single-case Research: Implications for Psychoanalytic Practice. New York, Routledge.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In N. Freedman y S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367–395). New York: Plenum Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual of supportive-expressive treatment*. New York, Basic Books.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. Guilford Press.
- 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>
- Perry, S.; Cooper, A.; Michels, R. (1987). The Psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 144(5), 543-550.
- Romero Pimenta, A. (2015). *El OPD y DSM-5: un posible re-encuentro del psicoanálisis y la psiquiatría*. Manuscrito sin publicar. Disponible en: www.alvaror.org/wpcontent/uploads/2015/06/OPD-2-y-DSM-5.pdf
- Rudolf G. (2006/2017). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Aufl. Stuttgart: Schattauer; Versión en castellano: *Psicoterapia orientada a la estructura psíquica*. Editado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Responsable de la traducción: Dr. Álvaro Romero Pimenta.
- Sifneos, P. E. (1987). *Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1-13.



- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.
- Thöma, H. & Kächele, H. (1985/1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Wallerstein, R. S. (2006). ¿Será el pluralismo psicoanalítico una circunstancia inherente a nuestra disciplina? *Revista de Psicoanálisis*, 47(6), 13-17.

