

Instituto Universitario de Salud Mental - APdeBA

Trabajo Final Integrador

Especialización en Psicopatología y Salud Mental

**Análisis de un caso clínico según los criterios del Diagnóstico
Psicodinámico Operacionalizado OPD-2: aportes para la clínica y la
investigación**

Alumno: Lic. Gastón Giunta

Director: Dr. Santiago Juan

Mail de contacto: ggiunta@gmail.com

Año: 2024

Agradecimientos

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

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

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

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

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

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

Resumen

Introducción: la formulación de un caso es una competencia clave de un terapeuta, que permite entender la situación del paciente y evaluar el cambio clínico. La investigación sistemática sugiere que aquellos terapeutas que formulan sus casos de forma estructurada, alcanzan mejores resultados terapéuticos. El uso de herramientas sistemáticas para conceptualizar casos puede contribuir con estos desafíos. **Objetivos y métodos:** a los fines de una integración entre un material clínico y conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera, el presente trabajo aplicó los criterios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) a un caso clínico, analizando la utilidad de la formulación psicodinámica resultante. **Resultados y discusión:** la aplicación de los criterios OPD-2 permitió una formulación psicodinámica integrada del caso, con clara utilidad teórica y clínica en términos del posible tratamiento del paciente. Se discuten los aportes de los criterios OPD-2 para una formulación psicodinámica del caso, y la necesidad de difundir este tipo de instrumentos en nuestro contexto. Se analizan implicancias para la investigación, la práctica clínica y la formación en el campo psicoanalítico.

Palabras clave: Formulación psicodinámica de caso - integración teórico-clínica - OPD-2 - investigación orientada a la práctica

Introducción

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)

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

El OPD es una herramienta surgida en Alemania, que se utiliza para el diagnóstico, la indicación y la planificación en terapia psicodinámica. La primera versión del sistema tuvo origen a mediados de los 1990s, como fruto del trabajo multidisciplinario en materia de salud mental de un grupo de psicoanalistas y psiquiatras, cuyo propósito era complementar las clasificaciones usuales de los trastornos mentales, basadas en criterios descriptivo-sintomatológicos, con dimensiones psicodinámicas fundamentales (Cierpka et al., 2010; Vanegas & de la Parra, 2020).

La segunda versión del sistema (OPD-2) surgió en 2006. El OPD-2 amplió su espectro de utilización desde lo exclusivamente diagnóstico hacia una herramienta que sirviera a los fines de la planificación de la psicoterapia, la focalización y la evaluación de los cambios obtenidos por ella. En este sentido, el OPD-2 busca identificar los recursos personales de los pacientes que resultan contributivos para una psicoterapia, intenta conceptualizar las interrelaciones entre los ejes que lo componen, y facilita la planificación terapéutica a partir de la determinación de focos psicoterapéuticos. El OPD-2 integra un conjunto de herramientas generadas desde el campo psicodinámico que actualmente están disponibles, tanto para el trabajo clínico como para la investigación empírica (Juan et al., 2021).

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

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

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

La formulación psicodinámica del caso para la práctica clínica y la investigación empírica

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

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

(Cierpka et al., 2010; Varela et al., 2014). De este modo, la aplicación de los criterios diagnósticos del OPD-2 a un material clínico resulta contributivo en términos de una herramienta sistemática de diagnóstico y planificación terapéutica que dan cuenta de su utilidad teórico-clínica (Juan et al., 2024).

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

Siguiendo esta línea, un replanteo necesario en psicoanálisis implica que para seguir siendo reconocido, deberá aceptar nuevas formas de validación respecto de sus procesos y resultados. De lo contrario, se irá condenando al ostracismo y no será incluido en epidemiología, planes y sistemas de salud. Asimismo, es imprescindible una reconsideración de la interacción entre los conocimientos y la metodología, de manera tal de que el psicoanálisis no quede ajeno a la necesidad de criterios respecto a su teoría y técnica para explicar sus procedimientos y sus efectos (Kernberg, 2021). De hecho, la utilidad que presenta el OPD-2 trasciende la dimensión diagnóstica, debido a que se trata de una herramienta útil orientada a la planificación de la psicoterapia, la focalización y los cambios obtenidos durante el transcurso del proceso terapéutico (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

Objetivos del presente trabajo

A partir del contexto descrito hasta aquí, y a los fines de una integración entre un material clínico y conceptos teóricos abordados durante la cursada de la carrera, el presente trabajo aplicó los criterios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2, Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) a una situación clínica; analizando la utilidad de la formulación psicodinámica resultante. Para esto, se analizó una viñeta clínica estructurada de un paciente y se determinó: (a) el perfil OPD-2 del paciente y (b) los focos terapéuticos a trabajar con el mismo. A modo de conclusión del trabajo, se analiza la integración efectuada en términos de la planificación psicoterapéutica, las posibles intervenciones específicas para el caso, y la utilidad teórico-clínica del uso de

herramientas sistemáticas como el OPD-2. Asimismo, se discute la necesidad de difundir este tipo de instrumentos en nuestro contexto; y se analizan implicancias para la investigación, la práctica clínica y la formación en el campo psicoanalítico-psicodinámico.

Caso clínico Gonzalo

Para el presente trabajo de integración final se utilizó material clínico registrado perteneciente al Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI). Se tomaron los siguientes elementos para construir una viñeta clínica y una descripción del caso: (a) la transcripción textual de las primeras tres entrevistas del tratamiento, y (b) los comentarios del terapeuta respecto a sus impresiones iniciales sobre el paciente.

Primera entrevista

Datos personales y motivo de consulta

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

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

Al indagar sobre su motivo de consulta, lo explica de la siguiente manera: *“Vengo porque hoy lo que me está pasando es lastimar a una persona que yo hoy amo. Y además me estoy lastimando a mí. Yo tengo una relación amorosa hace 9 años (Susana). En esos años estuve con otras personas. Hace 1 año y medio conocí a alguien (Laura). No estoy viviendo una situación normal. Además, hubo otras esporádicas. Yo tuve una novia que fue con la que más sufrí en mi vida.”*

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

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

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

Hacia el final de la entrevista, el terapeuta deja planteado como horizonte de trabajo la idea de “funcionar de otra manera”, incluso le valora positivamente que ese funcionamiento haya hecho crisis y lo señala como una oportunidad para el cambio. Del mismo modo, refuerza la idea de que es importante que haya consultado, que habría razones para hacer un tratamiento, y que podría beneficiarse de una terapia. Le aclara que será necesario mantener una serie de entrevistas de manera tal de elaborar un panorama de su situación; para que de modo conjunto puedan arribar a un acuerdo sobre “denominadores comunes” de lo que le pasa o “puertas de entrada” a lo que le sucede.

Cuando el terapeuta formula esto, se encuentra pensando en el concepto de foco y, específicamente, el concepto OPD-2 de foco, tal cual será desarrollado en la sección siguiente de este trabajo. Finalmente, y a modo de cierre de una primera entrevista, le pide al paciente que piense durante la semana en qué podría ayudarle un

tratamiento psicoterapéutico, en qué le gustaría lograr con un tratamiento; además de pedirle que comente en el próximo encuentro cómo se sintió durante la primera entrevista, y si algo de lo que se habló le resultó útil en algún aspecto.

Antecedentes y datos biográficos relevantes

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

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

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

En relación con la primera novia a la que hace mención en el motivo de consulta, fue una relación que mantuvo durante el ciclo escolar de la secundaria. Comenta que se había cansado del noviazgo, pero que cuando la novia toma la iniciativa y decide plantear la separación, Gonzalo se obsesiona con ella y no puede evitar añorar ese vínculo. Relata que desde ese momento, y durante el transcurso de esa relación también, nunca ha estado exclusivamente con una sola mujer.

Evaluación al momento de la consulta

Se trata de un paciente que ha hecho un primer tratamiento psicoterapéutico hace unos ocho años. Al respecto dice: *“en algunas cosas me ayudó y en otras no tanto. Estuve un año. Me llevó (a tratamiento) el hecho de que necesitaba un espacio para mí. De todas las sesiones me llevaba un acertijo para resolver, y eso me molestaba. Le*

planteé que no quería ir más. Yo creo que se sintió desilusionado (el terapeuta)”. Lo del “acertijo” lo explica diciendo que siempre terminaban las sesiones con reflexiones tipo enigmas que él tenía que resolver. El terapeuta infiere que se refiere a preguntas de elaboración. En este sentido, apunta como primera cuestión el hecho de que de su único tratamiento anterior tiene un recuerdo ambivalente respecto de si lo ayudó o no, que él decidió terminarlo, y que cree que su terapeuta quedó “desilusionado”.

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

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

El terapeuta refiere que la parte más alentadora del paciente, la lee en la reflexión espontánea de Gonzalo acerca de que está cansado de vivir mintiendo, y de que le gustaría poder sentirse pleno con una mujer (aparentemente, en este momento, esa mujer sería Laura). El clínico realiza intervenciones que transmiten al paciente la idea de que él se ha dado cuenta de la necesidad de “otra forma de funcionar”. El paciente puede tomar esto y reflexionar sobre ese asunto, pudiendo ser esto el puntapié inicial para que pueda instalarse en un tratamiento.

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

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

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

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

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

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

Por último, cuando el clínico le pregunta que le gustaría lograr en el espacio terapéutico Gonzalo responde: *“no creo que precise la terapia para sentirme mejor*

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

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

Síntesis de los ejes temáticos de las dos entrevistas siguientes

Durante el transcurso de las dos entrevistas siguientes, el terapeuta tratante fue indagando diversas áreas para delimitar un perfil diagnóstico y dar cuenta de las situaciones problemáticas en las que se encontraba inmerso Gonzalo. A partir de la exploración realizada, podemos distinguir la inconstancia del paciente en sus relaciones objetales, su voracidad en términos de una dependencia de los objetos externos para satisfacer sus necesidades, y las consecuencias de estos dinamismos expresadas en su dificultad para el establecimiento de relaciones saludables: *“No, digo a ver, ehm... la pareja, creo que uno siempre busca... no sé, estoy enfermo o algo, uno busca un mimo decir bueno “¿cómo estás?” “¿necesitás algo?” “voy a tu casa”, pero no, no es que... no busco en la pareja eso, yo creo que una pareja, lo que vengo diciéndote seguido, busco una persona que me interese tanto física como... psi-, psicológicamente también, no sé, como el... también, no sé. Cumpla todos los atributos para que sea una compañera de vida”.*

Durante la segunda entrevista queda expuesta la dificultad de Gonzalo para regular sus impulsos, lograr pensar antes de actuar y su consecuente inestabilidad emocional. El registro de la incomodidad que esto le provoca al paciente se puede apreciar en la siguiente expresión: *“Círculo de mentiras que ya no tengo las fuerzas para soportarlo”.* De este modo, queda expuesto el inconveniente y desagrado que a

Gonzalo le provoca el tipo de modalidad vincular que ha establecido como patrón de relación con sus potenciales parejas. Por otro lado, de las entrevistas siguientes se fue desprendiendo la posibilidad para Gonzalo de presentar conflictos para comprometerse con una sola mujer, vinculadas también con su dificultad para la renuncia pulsional y la regulación de sus impulsos. Esto nos habilita a pensar sobre su dependencia emocional, su temor al compromiso y el control sistemático que ejerce en sus vínculos, tema que será retomado al plantear el perfil OPD-2 del caso.

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

Al finalizar la tercera entrevista, el terapeuta tratante aclara a Gonzalo que las primeras entrevistas han estado dirigidas a contar con un panorama general de la situación planteada y luego vendrá una etapa en la que se profundizará en algunos temas. Esto resulta de relevancia a los efectos de orientar a Gonzalo en el propósito del trabajo terapéutico, tomando en consideración que, en la fase de apertura de la psicoterapia, el paciente trata de orientarse en una situación nueva, desorganizante, que le es ajena y lo intranquiliza. Por eso es esencial que se construya una relación de confianza, proporcionando una atmósfera que haga sentir al paciente seguro y contenido. Este hecho fue intuido por el propio Freud (1912/2001) cuando planteó una transferencia de sentimientos tiernos y amistosos, susceptible de conciencia, que funcionara como facilitadora de análisis de las transferencias positiva erótica y negativa agresiva.

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

Tal cual se detalla a continuación, este material sintetizado que ha sido producto de los tres primeros encuentros, será nuestra materia prima para describir principalmente los ejes diagnósticos de relación, conflicto y estructura propuestos por el

sistema OPD. Asimismo, esto nos permitirá delimitar el perfil OPD de Gonzalo y a su vez establecer posibles focos para su tratamiento.

Marco metodológico empleado

Preguntas científicas

¿Cómo pueden contribuir a la conceptualización de un caso herramientas sistemáticas generadas desde el campo psicoanalítico? ¿Cómo pueden aplicarse los criterios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado hacia la formulación de un caso? ¿Cómo ayuda una formulación psicodinámica estructurada para una mejor comprensión del paciente? ¿Qué implicancias pueden plantearse para la planificación del tratamiento?

Hipótesis descriptiva del estudio

La formulación sistemática de casos permite una mejor comprensión teórico-clínica de la situación de un paciente, y a su vez una mejor planificación estratégica de su abordaje psicoterapéutico.

Objetivo del estudio

Aplicar los criterios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado a un material clínico; analizando la utilidad de la formulación psicodinámica resultante.

Materiales: herramientas empleadas para la formulación del caso

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

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

Eje I: Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento. Este primer eje del OPD-2 permite formular el aspecto vivencial de la enfermedad-problema que usualmente motiva la consulta del paciente. La estrategia de operacionalización que ofrece el OPD-2 incluye evaluar aspectos más objetivos (gravedad de síntomas,

funcionamiento global, duración del problema), junto con aspectos subjetivos (padecimiento del paciente, modelos explicativos del problema, recursos y obstáculos para el cambio, tipo de tratamiento deseado). La codificación utiliza una escala de 0 a 4, siendo 0=ausente o apenas presente, 2=medio, y 4=muy alto. El Eje I tiene su foco de indagación en el momento actual del paciente y su objetivo principal es elaborar criterios de indicación a la psicoterapia (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008).

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

Eje III: Conflictos intrapsíquicos. En este tercer eje de indagación psicodinámica, la formulación del caso considera una tipología de siete conflictos intrapsíquicos ofrecida por el OPD-2, a saber: individuación-dependencia, sumisión-control, deseos de cuidado-autarquía, autovaloración, conflicto de culpa, conflicto edípico y conflicto de identidad o roles normativos. La intención es evaluar cuáles de estos conflictos están activos en el paciente, seleccionando los dos más importantes. Los conflictos para el OPD-2 implican dinámicas históricas repetitivas que acompañan la biografía del paciente desde la infancia o el comienzo de la edad adulta, donde el paciente está “atrapado” en polaridades desadaptativas que no logra integrar (por ejemplo: ser valorado por los otros o valorarse a sí mismo; controlar o someterse).

Cada conflicto se codifica en una escala de 0 a 3, donde 0=ausente y 3=muy significativo. Por último, el Eje Conflicto codifica la forma en la que el paciente intenta elaborar sus conflictivas, yendo desde un polo pasivo hacia un polo activo de elaboración. Así, un conflicto sumisión-control elaborado pasivamente implica un paciente tendiente a la excesiva sumisión como forma (fallida) de elaboración del conflicto; mientras que la versión activa se corresponderá con un paciente que intenta lidiar con esta conflictiva apelando (excesivamente) al control de situaciones, relacionales, dinámicas mentales, etc.

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

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

Criterios de entrevista y focalización incluidos en el OPD-2. El OPD-2 ofrece criterios para la conducción de entrevistas diagnósticas, destinadas a recabar la información de cada uno de los ejes, denominadas “entrevistas OPD” (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). El formato de la entrevista OPD intercala momentos más y menos estructurados, con la intención de registrar información verbal a partir del relato del paciente, así como también información escénica no verbal a partir de la interacción paciente-terapeuta. A lo largo de una entrevista OPD, cada eje descrito aporta información relevante para el establecimiento de focos de trabajo clínico, cuya evolución puede ser monitoreada con ayuda de criterios incluido en el manual. De esta manera, se pueden determinar focos vinculados con patrones relacionales disfuncionales (focos relacionales), focos vinculados con conflictos intrapsíquicos (focos de conflicto), y focos vinculados con el funcionamiento de la estructura psíquica

(focos de estructura). Siguiendo estudios previos (Grande et al., 2009; 2012) se considera que seleccionar cinco focos a partir de la formulación de un caso es suficiente para captar la psicodinámica del paciente (para más información, ver: Cierpka et al., 2010; Juan, 2017; Juan et al., 2024). La Tabla 1 resume la estructura multi-axial que ofrece el OPD-2.

Tabla 1

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

Eje	Denominación	Aspectos para evaluar
Eje I	Vivencia enfermedad y prerequisites para tratamiento	Significación de los síntomas Nivel de insight Expectativas, motivación y recursos para el cambio Recursos personales y apoyo psicosocial Tipo de tratamiento deseado (indicación)
Eje II	Patrones relacionales disfuncionales	Patrones relacionales disfuncionales Factores relacionales que mantienen el problema Oferta de rol problemática (inconciente) del paciente Impactos en proceso terapéutico Operacionalización transferencia-contratransferencia
Eje III	Conflictos intrapsíquicos	Conflictos históricos disfuncionales repetitivos Sistemas motivacionales específicos en conflicto Afectos guía predominantes Dos conflictos más significativos
Eje IV	Estructura psíquica	Funcionamiento estructural del paciente Relación con el sí mismo y los objetos Dimensiones: percepción, manejo, emoción y vínculo Trastornos, vulnerabilidades y recursos estructurales

Procedimientos

El OPD 2 (ver materiales) fue el instrumento seleccionado en este trabajo para el análisis y sistematización del material clínico, lo que permitió tanto la formulación del caso como el establecimiento de posibles focos terapéuticos para el abordaje de la problemática presentada por Gonzalo.

De esta forma, a partir del material clínico descrito más arriba (ver Caso clínico Gonzalo), se generó un perfil completo del caso. Esto incluyó codificar la información correspondiente a cada uno de los cinco ejes del sistema OPD-2 (ver materiales) y el establecimiento de cinco focos terapéuticos (uno relacional, dos de conflicto y dos de estructura). De este modo, el caso Gonzalo fue formulado de manera sistemática en términos psicodinámicos, a partir de los criterios OPD-2. Dicha formulación fue

elaborada, asimismo, como una estrategia para la integración teórico-clínica de los contenidos estudiados durante la carrera, a los fines de cumplir con los objetivos del presente trabajo integrador final.

Aspectos éticos

En el marco de un proyecto marco de investigación con sede en el equipo EIPSI, previo a su participación en el estudio, el paciente presentó 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. Asimismo, los procedimientos de dicho proyecto marco han sido evaluados y aprobados desde el punto de vista ético por el comité de conductas responsables en investigación de la Facultad de Psicología en la Universidad de Buenos Aires.

Análisis y elaboración de las observaciones realizadas

Diagnóstico y comprensión psicodinámicas del paciente según criterios OPD-2

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

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

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

Según los criterios del OPD-2, la vivencia de la enfermedad de Gonzalo implica una intensidad de padecimiento subjetivo moderada, y una presentación de síntomas y problemas predominantemente psíquicos. Asimismo, el paciente explica su concepto de enfermedad orientado hacia factores psíquicos. Su concepto de cambio está vinculado a la intención de atravesar un tratamiento psicoterapéutico, orientado a la reflexión, el trabajo sobre conflictos y la reducción de los síntomas emocionales. También puede plantearse que Gonzalo es un paciente con recursos personales para el cambio, vinculados con su capacidad de introspección y la presencia de apoyo psico-social.

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

Patrones relacionales disfuncionales (Eje II)

Resulta de relevancia evaluar los patrones relacionales disfuncionales debido a que son un factor determinante en cuanto a la formación y mantenimiento de los

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

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

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

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

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

Completando el circuito relacional, esto genera en Gonzalo una percepción decepcionante de sus parejas, en la que conceden demasiada libertad o se entrometen, en actitudes sentidas por el paciente como demasiado lejanas o cercanas emocionalmente. Se considera que este patrón relacional disfuncional debe ser

trabajado en tratamiento para abordar los problemas relacionales del paciente y generar la posibilidad de nuevas formas de relación interpersonal.

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

Conflictos intrapsíquicos (Eje III)

Tal como fue descrito en la sección de materiales, este eje se enfoca en el diagnóstico de conflictos disfuncionales repetitivos en la historia biográfica del paciente; se centra en la identificación de los conflictos más relevantes. El OPD-2 conceptualiza siete conflictos intrapsíquicos, a saber: (1) individuación vs. dependencia, (2) sumisión vs. control, (3) deseos de protección y cuidado vs. autarquía (autosuficiencia), (4) conflicto de autovaloración, (5) conflicto de culpa, (6) conflicto edípico, y (7) conflicto de identidad o roles normativos.

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

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

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

Por otro lado se consideró como segundo conflicto más importante, un conflicto edípico para Gonzalo, entendido por el OPD-2 como un conflicto en el paciente en cuanto a valorarse como hombre en relación con las mujeres. La constelación edípica presupone la presencia real o fantaseada de tres personas que se encuentran en un campo tensional de reconocimiento, rivalidad y erotismo. Este conflicto se manifiesta en el deseo de ser reconocido por las personas primarias significativas sobre la base de atributos personales y corporales, y gira en torno al valor como hombre y las expectativas e inhibiciones que se oponen en Gonzalo. En este sentido, aparecen en los vínculos que construye el paciente situaciones de conflicto, emociones intensas y cambiantes, pero a la vez superficiales para asegurarse la atención y el reconocimiento. Debido a esto, Gonzalo incurre en conductas contradictorias donde oscila entre seducir – bloquear, y se inmiscuye en relaciones triangulares generando sufrimiento en todos los participantes.

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

Estructura Psíquica (Eje IV)

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

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

Podríamos afirmar que a lo largo de las tres primeras entrevistas, se han podido distinguir conductas de Gonzalo que nos hacen pensar en dificultades para: (a) la autorregulación, (b) la regulación de la relación con el objeto y (c) el vínculo con objetos externos, tomando las dimensiones del eje Estructura del sistema OPD-2 (ver materiales).

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

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

Diagnóstico según sistema DSM-CIE (Eje V)

Considerando los criterios de los sistemas diagnósticos descriptivos, puede plantearse que Gonzalo cumple requisitos para un problema de relación, el cual está

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

Conclusiones: la utilidad clínica de elaborar un perfil OPD-2

Como conclusión de este trabajo, interesa mostrar la utilidad clínica de elaborar un perfil OPD-2 como el construido para el caso Gonzalo. Fundamentalmente, el valor de una formulación de casos sistemática como la que ofrece el sistema OPD-2 sirve para entender la situación de un paciente y, además, poder identificar cuáles serán los focos del tratamiento a implementar. En este sentido, la conclusión del presente trabajo ilustra potenciales focos psicoterapéuticos que pueden establecerse a partir del perfil OPD-2 elaborado, en términos de lo que el manual considera para Relación, Conflicto y Estructura.

En términos de foco, el trabajo psicoterapéutico se orientará a la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente. La Tabla 2 muestra una posible elección de focos terapéuticos efectuada para Gonzalo a partir de la formulación del caso según criterios del OPD-2.

Tabla 2

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

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

Considerando el foco de patrones de relaciones disfuncionales, el objetivo estaría puesto en lograr que Gonzalo pueda concientizar su postura egocentrada, fomentando el reconocimiento de su propia participación en los conflictos, concretamente el papel de las mentiras y los engaños en sus sistemas de relación. Asimismo, ayudarlo a tomar registro respecto a su oscilación entre aferrarse al otro o huir ante la cercanía afectiva.

Gonzalo no parecía del todo consciente sobre la manera en que su actitud tendía a malograr proyectos y vínculos, debido a que se cerraba y se retiraba de las relaciones. En este proceso, tampoco era del todo consciente de cómo se colocaba en el centro de interés, asumiendo una postura egocéntrica al tiempo que descuidaba los intereses del otro. Una de las posibles intervenciones con el paciente podría apuntar a que logre concientizar y tomar responsabilidad respecto a esta modalidad relacional y ulteriormente trabajar en la flexibilidad y ampliación del posible repertorio de respuestas relacionales.

Respecto al foco de conflicto, se pondría énfasis en la posibilidad de salir de la polaridad desadaptativa de la individuación versus la dependencia, analizando las angustias de fusión y separación propias de la dinámica de este conflicto. La activación de esta dinámica conflictiva dificulta el establecimiento de vínculos duraderos y atenta contra la posibilidad de construir una relación plena en la que el paciente se pudiera consolidar de manera saludable. Esto además, se apalanca sobre el segundo conflicto presente en Gonzalo, en relación con la constelación edípica y su posicionamiento frente a las mujeres, en donde involucra emociones intensas y superficiales y, de manera simultánea, fluctúa entre la seducción y el distanciamiento.

En lo atinente al foco de estructura, resulta evidente que Gonzalo presenta fallas en el control y regulación de los impulsos, probablemente acentuadas por sus conflictos y sus patrones relacionales. En este sentido, sería propicio abordar la posibilidad de refrenar esos impulsos y desistir a la satisfacción, de manera tal de ocuparnos de su renuncia pulsional. De modo adicional, estas dificultades en la autorregulación tienen un impacto directo sobre la regulación de la relación con el objeto, debido a que Gonzalo descuida los intereses del otro. Poder reconocer las necesidades e intenciones de los demás llevaría a favorecer una relación de mayor paridad y más saludable con sus otros significativos.

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

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

Consideraciones finales

A modo de cierre de este trabajo integrador final, considero fundamental destacar la utilidad del OPD-2 como una herramienta sistemática para la formulación de casos en terapia psicodinámica. El recorrido a través de los ejes diagnósticos que ofrece el manual ha permitido el análisis y diagnóstico de los aspectos centrales del caso Gonzalo al momento de su consulta. Se han podido comprender las razones del paciente en la búsqueda de un tratamiento, los aspectos vivenciales de su problemática y el tipo de terapia que parecería más adecuado para Gonzalo.

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

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

Lo precedentemente expuesto demuestra la necesidad de difundir este tipo de instrumentos en nuestro contexto; y denota las implicancias para la investigación, la práctica clínica y la formación en el campo psicoanalítico-psicodinámico (Juan et al., 2024). En definitiva, la modalidad de procesamiento del material clínico y su posterior

análisis habilitan la posibilidad de un trabajo terapéutico basado en evidencia empírica con base psicodinámica y con una orientación estratégica bien definida.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Barreira, I. (2016). *Análisis crítico del diagnóstico en salud mental: Nosologías y nosografías en psiquiatría y psicoanálisis*. Editorial Académica Española.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205.
- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L., y Oyenard, R. (2016). La formulación psicodinámica del caso: su valor para la práctica clínica. Montevideo: Grupo Magro Editores.
- Cierpka, M. et al. (2010). La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Clínica e Investigación Relacional*, 4(1): 221-235.
- de la Parra, G., Crempien, C., Morales, S., Zúñiga, A. K., & Errázuriz, A. (Eds.). (2023). *Herramientas Psicoterapéuticas para el Manejo de Pacientes con Depresión: Una guía para el trabajo en atención primaria*. Ediciones UC.
- de la Parra, G., Gómez-Barris, E. & Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6. Disponible en: <https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/delaparra.pdf>
- Freud, S. (2001). Sobre la dinámica de la transferencia. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, Vol. XII, 93-106 (Trabajo original publicado 1912).
- Gabbard, G. (2000/2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3ra ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- 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., & Rudolf, G. (2012). What Happens After Treatment: Can Structural Change be a Predictor of Long-Term Outcome? In: Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (Eds): *Psychodynamic Psychotherapy Research*.

- Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York: Humana Press..
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder.
- 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., & Gómez Penedo, J.M. (2020). Introduction to special section. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 22(3), 1-7.
<https://cdn.publisher.qn1.link/rbp.celq.org.br/pdf/v22n3a01.pdf>
- Juan, S., Manubens, R., Romero Pimienta, A., & Gómez Penedo, J.M. (2021). La formulación del caso para la práctica clínica y la investigación: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 15. Disponible en: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/formulacion_del_caso.pdf
- Juan, S., Vanegas Osorio, J. H., Giunta, G., Lavanga, N., Salgado, J., Vicente, A., & Gómez Penedo, J. M. (2024). Diagnóstico y formulación de casos en terapia psicodinámica: una revisión sobre herramientas actuales. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 35(164), 56-67.
- Kernberg, O. F. (2021). Challenges for the future of psychoanalysis. *The American Journal of Psychoanalysis*, 81(3), 281-300.
- Vanegas Osorio, J., & de la Parra, G. (2020). Trastorno de personalidad: la mirada dimensional del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). *Revista de Psicología: Universidad de Antioquía*, 12(2), 21-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8024573.pdf>
- Varela, B., Souza, L. D., Miller, D., Oyenard, R., Villalba, L., Zytner, R., & Bernardi, R. (2014). La formulación psicodinámica del caso (FPC). *Rev. psiquiatr. Urug.*, 78 (2), 173-195. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/06_TO_05.pdf