

## Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2)

Dr. Guillermo de la Parra, Ps. Elyna Gómez-Barris, Ps. Paula Dagnino, PhD

<sup>1234</sup>**Raúl** es un ejecutivo bancario de treinta y cinco años, casado y padre de dos hijos, sin antecedentes previos médicos ni psiquiátricos. Consulta a un servicio de urgencia en una clínica privada de Santiago al presentar una inesperada crisis de palpitaciones, ahogo, sudoración fría, acompañada de la certeza de estar cursando un infarto cardíaco o un derrame cerebral y sensación de muerte inminente. Se le diagnostica, según criterios del DSM-IV, Crisis de Pánico, Obs. Trastorno de Pánico (Eje I), Rasgos Obsesivos (Eje II), Ausencia de enfermedades médicas (Eje III), Ascenso transitorio-reemplazo de jefatura durante el verano- (Eje IV) y un GAF de 60. La crisis se maneja con fármacos, se le da licencia médica y se deriva a psiquiatra, pero el paciente rechaza esta derivación. No hay mejoría, presentando un estado angustioso casi permanente, a la vez que consulta a un especialista cardiólogo quien descarta causas somáticas de sus síntomas. Frente a una nueva crisis de pánico más intensa vuelve a consultar a un servicio de urgencia aceptando esta vez ser derivado a un psiquiatra psicoterapeuta.

En la primera entrevista, excepto por la sintomatología angustiosa y panica, no refiere dificultades importantes. No ve gatillantes a su cuadro actual, lo único diferente es haber ascendido transitoriamente en su trabajo a ocupar el “puesto de su jefe” mientras éste se encuentra de vacaciones. Dice tener una buena relación con su esposa y sus dos hijos, una niña y un varón, aunque se describe a si mismo como autoritario en su relación con estos últimos. Sí refiere tener dificultad en las relaciones con sus jefaturas, se siente tratado injustamente y no reconocido, a pesar que, superficialmente, mantiene buenas relaciones a costa de someterse, “trato de dominar las cosas que me molestan y no provocar problemas”. Es el mayor de dos hermanos, describe una buena relación con su madre, “soy regalón,” y una mala relación con el padre, a quien describe como “autoritario y controlador”.

*Este paciente, ¿tiene indicación de psicoterapia? ¿qué indicación? ¿con qué estrategia?*

**Sonia**, vive en una ciudad de mediano tamaño de las afueras de la capital, tiene treinta y ocho años, es casada y madre de tres niñas. Tiene estudios universitarios en arte, desarrollando actividades de escritura y pintura. Es la mayor de cuatro hermanos, su padre ha sido gerente de multinacionales y extremadamente ausente por sus diversas responsabilidades. Describe a su madre como distante. Es criada básicamente por empleadas de la casa. Después de una última hospitalización por un episodio psicótico, donde es tratada con el diagnóstico de esquizofrenia, los familiares deciden cambiar de equipo tratante y es tomada en farmacoterapia por psiquiatra, quien

<sup>1</sup> Este trabajo recibió apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo de Chile, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005.

<sup>2</sup> Dr. Guillermo de la Parra: Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>3</sup> Ps. Elyna Gómez-Barris: Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup> Ps. Paula Dagnino: Escuela de Psicología, Universidad Gabriela Mistral; Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile



la envía para psicoterapia. La paciente ha tenido conductas desajustadas desde la adolescencia con abuso de alcohol y drogas. A los dieciocho realiza un intento de suicidio gatillado por una desilusión amorosa. Presenta una historia de preocupación obsesiva por su imagen corporal, se provoca vómitos y hace dietas. A los veintitrés años es hospitalizada por un cuadro psicótico, con alucinaciones visuales y auditivas; a los veintiocho años presenta un episodio depresivo psicótico durante el puerperio; a los treinta sufre un episodio depresivo con intento de suicidio con benzodiazepinas. Suma dos hospitalizaciones más entre 2004 y 2006 por episodios psicóticos acompañados de importante angustia. Durante las primeras entrevistas relata períodos de intensa angustia y episodios de crisis de pánico, se aísla por diversas razones: sentirse observada y juzgada, “me pongo paranoica”; porque fuma; porque “van a pensar que soy homosexual”; porque la van a reconocer por la “locuras que hizo en la juventud”, entre otras. Además mantiene el temor a engordar, conservándose muy delgada a costa de ejercicios permanentes, pero con atracones nocturnos. Abusa de tabaco. Se describe obsesionada con su primera pareja, cree verla y siente su presencia a su lado. Al momento de la consulta, no es capaz de hacerse cargo de sus hijas, no puede manejar dinero ni administrar su casa. Es derivada a psicoterapia con los siguientes diagnósticos según criterios del DSM IV: Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Alimentario, Alcoholismo en abstinencia, Adicción al tabaco (Eje I); Trastorno Esquizotípico de la personalidad (Eje II); Ausencia de enfermedades médicas (Eje III); No refiere estresores actuales (Eje IV), GAF de 25.

Así como en el caso de Raúl, podemos plantearnos las mismas preguntas para Sonia: esta paciente, ¿tiene indicación de psicoterapia?, ¿qué indicación? ¿con qué estrategia? En otras palabras, ¿qué diagnóstico nos lleva a indicar que psicoterapia y a elegir las mejores

estrategias de tratamiento? Podemos seguir preguntándonos, ¿cuál es el proceso reflexivo que como psicoterapeutas nos lleva a una adecuada indicación de psicoterapia y estrategia de tratamiento para estos dos tipos diferentes de pacientes? ¿nos ayuda el diagnóstico nosológico a tomar esta decisión?

### **El problema de la indicación y la estrategia terapéutica**

El proceso para llegar a iniciar un tratamiento psicoterapéutico con una persona que viene a solicitar ayuda implica una compleja serie de toma de decisiones donde confluyen variables de distinto orden. Para tomar esta decisión requerimos de un modelo que nos de herramientas de discriminación y seguridad respecto de las decisiones que tomamos. Los sistemas clasificatorios como el CIE (OMS, 1992) y el DSM (APA, 2002) se utilizan ampliamente para orientar la indicación y el tratamiento psiquiátrico y han aportado en la confiabilidad de los diagnósticos clínicos. Sin embargo los diagnósticos nosológicos resultan poco útiles cuando se les utiliza para orientar la indicación de psicoterapia, así como para planificarla y decidir sobre las estrategias terapéuticas más convenientes para el paciente. Esta dificultad ha sido recogida e investigada por Bruce Wampold (2001; 2013) proponiendo una distinción entre dos modelos de abordaje en la toma de decisiones para indicar psicoterapia: el modelo médico y el modelo contextual. En el primero, la relevancia está puesta en llegar a un diagnóstico sindromático certero e indicar un tratamiento probado en efectividad para la enfermedad. En los componentes del modelo médico, para un trastorno, problema o motivo de consulta específico existe una explicación específica del mecanismo de cambio, a la cual le corresponden acciones con resultados específicos. Este modelo que ha sido efectivo en el área de la medicina, no ha tenido suficiente apoyo em-



pírico en el área de la psicoterapia, donde los estudios muestran que los factores específicos en psicoterapia (técnica) explican entre un 5 a 15% del cambio. El resto corresponde a factores comunes a las distintas terapias (35%), factores extraterapéuticos (40%) y efectos del terapeuta (20%) (Lambert, 2013). Estos resultados apoyan una indicación de psicoterapia flexible y diádica, que considere de una manera integral a la persona que consulta, y releve el proceso terapéutico como un emergente de esta diada (Jiménez, 2005), permitiendo adecuar el proceso terapéutico en función de las variables contextuales, especialmente aquellas referidas a la relación terapéutica que ha mostrado ser, consistentemente, un factor relevante para el cambio en psicoterapia (Crits-Christoph, Connolly, & Mukherjee, 2013). Por estas razones, el modelo contextual considera aspectos más integrales de la persona que consulta.

Sugerimos así que este proceso reflexivo que realiza el terapeuta, durante el encuentro con su paciente es un tipo de diagnóstico específico para psicoterapia: por una parte es un proceso de indicación que “toma al paciente allí donde se encuentra”, es decir se trata de una *Indicación Adaptativa* (Thomae & Kaechele, 1990). Este modelo de Indicación Adaptativa, refiere a una indicación flexible, que considera diferentes factores que intervienen en la indicación como son: aspectos propios del paciente, de las circunstancias externas a éste (por ejemplo obstáculos externos para realizar la terapia, véase más adelante), circunstancias que rodean al terapeuta y la institución donde se realizará la terapia, entre otros. En otras palabras, se toman en cuenta la mayor cantidad posible de aspectos intrapsíquicos y contextuales que favorezcan el proceso de cambio y la adherencia a psicoterapia, tales como estructura de personalidad, ciclo vital, educación, disponibilidad de recursos, accesibilidad al servicio, etc. Así, el diagnóstico nosológico queda incluido en un diagnósti-

co más amplio de la experiencia vital del consultante. El terapeuta y la técnica intentan adaptarse al paciente y no el paciente a la técnica (De la Parra, 2007). El sistema de **Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado** OPD (Grupo de Trabajo OPD, 2008) incorpora esta noción de indicación y operacionaliza el proceso reflexivo del terapeuta ofreciendo distinciones diagnósticas clínicas que permitirán planificar el tratamiento.

### **Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD)**

El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) (Grupo de Trabajo OPD, 2008) fue desarrollado en Alemania a partir de 1990 por un grupo de trabajo conformado por psicoanalistas especializados en medicina psicosomática y psiquiatría. Surge de una creciente disconformidad con los sistemas clasificatorios descriptivos (CIE (OMS, 1992) y DSM (APA, 2002) y la dificultad de comunicación entre profesionales de las diferentes orientaciones teóricas dentro del psicoanálisis dados los altos grados de abstracción de los conceptos metapsicológicos. El grupo reunido se propuso construir un instrumento de diagnóstico relevante para la práctica psicoterapéutica, que lograra mantener un nivel de abstracción medio y permitiera una cultura conceptual y un lenguaje común para los clínicos de orientación psicodinámica. El diagnóstico OPD pretende funcionar a un nivel medio de inferencia, no tan cercano a la observación como para perder validez en los constructos psicodinámicos, ni tan lejano como para perder relevancia clínica y posibilidad de facilitar la comunicación entre terapeutas y entre éstos y otros profesionales y el mundo científico. Desde el momento de la aparición del manual OPD-1 en 1996 (Arbeitskreis OPD, 1996), se empieza a aplicar clínicamente en cientos de centros de atención de Europa Central y en Reino Unido



y a investigar para probar su validez y confiabilidad. En 2006 aparece el manual OPD-2, el cual incorpora cambios derivados de la retroalimentación de los grupos de entrenamiento, de la aplicación clínica y de los resultados de la investigación empírica. El OPD-2 (Grupo de Trabajo OPD, 2008) amplía su uso como sistema diagnóstico con herramientas para la determinación del foco y la planificación de la psicoterapia, así como la evaluación de sus cambios. Asimismo incorpora la identificación de recursos en sus diferentes ejes. Además puede ser utilizado con instrumento de investigación (Cierpka, Stasch, & Reiner, 2006). El manual de OPD-2 ha sido traducido a varios idiomas, entre ellos el inglés y español.

El OPD distingue cinco ejes: Eje 1 Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, Eje 2 Relaciones Interpersonales, Eje 3 Conflicto, Eje 4 Estructura, Eje 5: Diagnóstico sindromático (según el capítulo V (F) del CIE 10). Este último eje busca un punto de unión del instrumento con el modelo de los sistemas sindromáticos. Su modo de organizar la información del paciente personaliza el diagnóstico otorgando un complejo perfil de funcionamiento que incluye patrón relacional disfuncional, conflicto y nivel de integración de la estructura. Además permite focalizar y diseñar una estrategia terapéutica a partir de la descripción del funcionamiento de cada paciente.

#### EJE I “El umbral de la psicoterapia”

El Eje I, *Vivencia de la Enfermedad y Prerrequisitos para el Tratamiento* operacionaliza la exploración sobre la existencia de las condiciones y motivaciones del paciente de modo de adaptar la indicación a las necesidades del paciente. En este Eje se indaga sobre la gravedad del problema/“enfermedad” que aqueja al paciente, incorporando tanto el punto de vista del terapeuta (estimación de la gra-

vedad y duración del problema), como el punto subjetivo del paciente (*vivencia de enfermedad*, Fig. 1); importan aquí las explicaciones que se da el paciente sobre lo que le sucede (*concepto de enfermedad*, Fig. 1) y la idea que tiene sobre lo que lo puede ayudar a cambiar la sintomatología (*concepto de enfermedad*, Fig. 1). Además en este eje se realiza una estimación de los recursos y obstáculos para el cambio.

Se busca responder a las preguntas ¿necesita o no psicoterapia? ¿qué tipo de terapia? ¿necesita otro tipo de intervención?, es decir, ¿existe una alteración que amerite un tratamiento psicoterapéutico? Si es así: ¿tiene el paciente suficiente padecimiento subjetivo como para motivarlo al cambio?, ¿tanto la presentación del problema como el concepto de enfermedad y el modelo de cambio del paciente (teoría subjetiva) apuntan a factores psicosociales?, ¿el paciente está básicamente motivado respecto a medidas psicoterapéuticas? ¿muestra el paciente recursos personales como para iniciar y mantener una psicoterapia? ¿existen impedimentos internos, como ganancia secundaria, y/o externos para iniciar y mantener una terapia? En la figura 1 se reproduce una parte de la plantilla de codificación. Nótese que los ítems están graduados en una escala de 0, menos intenso, a 4 muy intenso. Nueve significa no evaluable.

En el caso de Raúl, resulta interesante diferenciar las consultas, las primeras a la clínica médica y la segunda donde el psicoterapeuta (R1, en la figura 1 corresponde a una deducción a posteriori según su relato de las consultas en la clínica y R2 a la consulta con el profesional de salud mental).

En relación con la vivencia de enfermedad, la intensidad del padecimiento era alta por la sintomatología de la crisis de pánico aguda, sin embargo, ya en la consulta con el terapeuta (R2) el sufrimiento subjetivo ha disminuido en forma importante.



La presentación del problema (Fig. 1) es, sobretudo en la consulta médica, en términos somáticos, pero ya en la consulta con el terapeuta, puede hablar de sus problemas con su padre y con la autoridad (se codifica como problemas psíquicos). Los problemas laborales se codifican como “problemas y factores sociales” en OPD. Por último el tratamiento

deseado era puramente somático en el caso de la consulta a medicina para luego puntuar a un nivel moderado bajo respecto a un tratamiento psicoterapéutico deseado, como producto de la entrevista con el psicoterapeuta (ver Figura 1).

Figura 1: Ejemplo de puntuación en plantilla de evaluación para Eje I en vivencia concepto y forma de presentación de la enfermedad/problema

Vivencia de enfermedad/problema del paciente, concepto y forma de presentación						
<b>3. Vivencia de enfermedad y descripción</b>						
3.1. Intensidad del padecimiento subjetivo	①	<b>R2</b>	②	<b>R1</b>	<b>S</b>	③
3.2. Presentación de síntomas y problemas físicos	①		<b>S</b>	<b>R1</b>	④	⑤
3.3. Presentación de síntomas y problemas psíquicos	①	<b>R1R2</b>	②	③	④	⑤
3.4. Presentación de problemas sociales	<b>S</b>	①	<b>R1</b>	③	④	⑤
<b>4. Concepto de enfermedad del paciente</b>						
4.1. Concepto de enfermedad orientado hacia factores somáticos	①	②		<b>R1</b>	④	<b>S</b>
4.2. Concepto de enfermedad orientado hacia factores psíquicos	<b>R1</b>	①	<b>R2</b>	<b>S</b>	④	⑤
4.3. Concepto de enfermedad orientado hacia factores sociales	<b>S</b>	<b>R1</b>	②	③	④	⑤
<b>5. Concepto de cambio del paciente</b>						
5.1. Tratamiento deseado: tratamiento somático	①	②		<b>R1</b>	④	⑤
5.2. Tratamiento deseado: tratamiento psicoterapéutico	<b>R1</b>	①	<b>R2</b>	<b>S</b>	④	⑤
5.3. Tratamiento deseado: intervención social	①	②	③	④	⑤	⑥

En relación con los recursos, Raúl presentaba una buena capacidad de comunicación, había logrado avanzar en sus trabajos a pesar de sus conflictos con la autoridad y mantenía buenos vínculos familiares.

En el caso de Sonia (“S” en Figura 1) ella tenía una alta intensidad de padecimiento subjetivo, factor altamente relevante para la motivación a psicoterapia, su concepto de enfermedad estaba orientado hacia factores psíquicos. Como recursos internos estaban su

capacidad de vincularse, el ser luchadora, una buena capacidad de comunicación y capacidad de establecer una relación de confianza con el terapeuta.

#### Eje II Relación: el patrón relacional maladaptativo

Resulta de relevancia evaluar los patrones relacionales disfuncionales ya que éstos son un factor fundamental en la formación y mantenimiento de los trastornos psíquicos.



Varios son los autores que han intentado aproximarse a comprender la interacción relacional conceptualizando de distintas maneras, algunas de ellas y en las cuales OPD se basa para su propuesta son: Tema Conflictivo Nuclear de Relaciones Interpersonales (Core Conflictual Relationship Theme, CCRT) (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), Patrón relacional cíclico maladaptativo (TDLP) (Strupp & Binder, 1984), Tema relacional nuclear (Terapia Breve Relacional) (Safran, 2002), entre otros.

En todos ellos y así también en OPD la evaluación de los patrones relacionales requiere de identificar relatos de episodios relacionales en la primera entrevista e identificar este patrón relacional que se escenifica inconscientemente en la entrevista a través de la transferencia y que como respuesta a esta escenificación se establece la contratransferencia la cual nos da también información acerca del patrón.

Es así que como para evaluar el patrón relacional disfuncional se requiere del diagnóstico de dos perspectivas (Figura 2): la perspectiva del paciente, cuadrantes superiores en la figura 2, en donde se pregunta acerca de cómo el paciente experimenta que los demás lo tratan (cuadrante superior derecho) y lo que el paciente siente que hace en reacción a esto (cuadrante superior izquierdo); en cuanto a la perspectiva de los demás se incluye lo que el terapeuta/ evaluador observa que el paciente hace (transferencia), es decir, la oferta relacional, y lo que esto provoca en el terapeuta/entrevistador (contratransferencia) incluyendo lo que podría provocar en los demás. Para cada una de estas perspectivas se cuenta con una lista de ítems que fue generada sobre la base de un modelo circunflejo de la conducta interpersonal (Benjamin, 1982)<sup>5</sup>, véase anexo con listado de ítems.

---

<sup>5</sup> Los modelos circunflejos parten de la base que las personas desarrollan de tal manera su conducta relacional, que por medio de ésta se define un determinado estatus (control vs. sumisión) o bien se establece una determinada cercanía o distancia (amor-apego-cercanía vs. odio-rechazo-ataque) . Estos modelos tienen en común, que a toda conducta interpersonal se le asigna un punto sobre el plano del círculo que se forma por medio de dos dimensiones ortogonales y bipolares que representan estas dos categorías básicas de estatus y cercanía. Se pueden determinar las más variadas cualidades de conductas interpersonales como combinaciones de estas dos dimensiones básicas en lugares del círculo. Estos modelos circunflejos y los instrumentos de medición que de ellos se desprenden, se han investigado y validado bien en el marco de la psicología de la personalidad, psicología social y la psicología clínica (Wiggins, 1991)



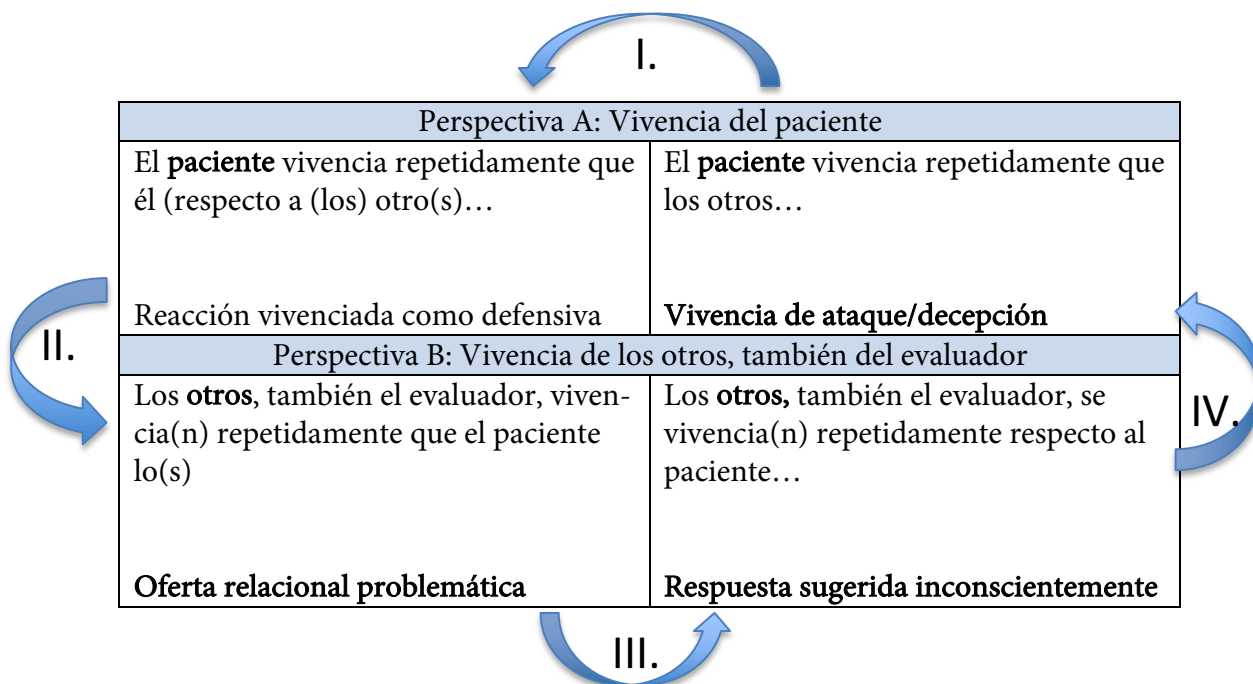


Figura 2: Diagnóstico patrón relacional cíclico maladaptativo

Volviendo a los casos clínicos, Raúl a la vez que relataba sus problemas con las jefaturas, donde se sentía constantemente perseguido, mostraba con el terapeuta una actitud de sometimiento con “respeto por el doctor”, a la vez que intentaba guiar él la terapia y daba consejos al profesional sobre cómo debía intervenir e incluso cómo debería decorar la oficina; así, podemos identificar un claro patrón relacional disfuncional en Raúl. Por un lado (Perspectiva A: Vivencia del paciente) Raúl siente que los otros (jefes, padre, figuras de autoridad) lo critican y reprochan (ítem 12 del modelo circunflejo) no le reconocen y desvalorizan (ítem 11) y rechazan (ítem 32). Él en cambio refiere que se somete (26), y armoniza (6), para hacer bien su trabajo. De lo que no se da cuenta (Perspectiva B: Vivencia de los otros = oferta relacional) es cómo intenta controlar al otro (10), lo descalifica (11) y porfía y se opone, lo que en la contratransferencia dan ganas de confrontarlo

(12), someterlo (26) y no seguir tratándolo (32). Por último esto él lo siente como crítica, rechazo y falta de reconocimiento, lo cual confirma su vivencia, cerrándose el patrón cíclico. Más adelante este patrón será establecido como uno de los focos del trabajo terapéutico (en el aquí y ahora de la transferencia)

En el caso de Sonia, como se verá más adelante, son los problemas de estructura de personalidad la fuente de sus problemas. Sin embargo, se puede adelantar un patrón relacional maladaptativo susceptible a ser tratado; en ese sentido Sonia refiere que su marido se está alejando permanentemente de ella y la ignora (ítem 16), (si bien tiene una dedicada preocupación hacia ella en la realidad), frente a lo cual ella se retira enojada (ítem 32), lo que no se da cuenta es cuánto se aferra (ítem 23) lo que motiva que el otro tienda a alejarse (ítem 17)(ver anexo).

### Eje III Conflicto: los dinamismos inconscientes

La palabra conflicto proviene del latín *conflictus*, *confligere* y significa colisión, antagonismo, presencia de diferentes posiciones en el interior de una persona (contradicción de motivos, deseos, valores y representaciones) o entre diferentes personas. En la tradición psicoanalítica refiere a colisiones inconscientes entre grupos motivacionales distintos. Supone que la conducta humana está constantemente influida por deseos, pensamientos y representaciones inconscientes. En OPD el Conflicto Psicodinámico Persistente se refiere a un patrón rígido de vivencias y experiencias que, en determinadas situaciones, conduce siempre al mismo modelo de conducta, sin que la persona se percate de ello o pueda cambiarlo voluntariamente (Grupo de Trabajo OPD, 2008). Conceptualmente refiere a esquemas cognitivo-afectivos derivados de experiencias vitales que se condensan, desde el comienzo del desarrollo y hasta la vida adulta en relaciones de interacción continuamente recurrentes, siendo **representaciones** de interacciones generalizadas (a diferencia de las vulnerabilidades estructurales que, como se verá más adelante, corresponden a fallas en el procesamiento cognitivo emocional procedural).

A partir de la revisión de distintos modelos sobre sistemas motivacionales (Bowlby, 1969; Emde, 1988; Freud, 1965; Lichtenberg, 1989; Maslow, 1970; Pankseep, 1998 en Grupo de Trabajo OPD, 2008) el OPD selecciona siete conflictos principales y los operacionaliza, describiendo su expresión en diferentes áreas vitales y distinguiendo un modo de elaboración y manifestación activo y otro pasivo: 1) individuación vs dependencia, 2) sumisión vs. control, 3) deseo de protección vs. autosuficiencia, 4) conflicto de autovaloración, 5) conflicto de culpa, 6) conflicto edípico, 7) conflicto de identidad. Un elemento esencial que permite realizar el diagnóstico de conflicto es el “afecto guía” tal como se muestra en la tabla 1.





	<b>Modo Pasivo</b>	<b>Modo Activo</b>
<b>1. Individuación vs Dependencia</b>	Angustia existencial a la pérdida del objeto	Angustia frente a la cercanía y fusión
<b>2. Control vs. Sumisión</b>	El odio y rabia se puede percibir en forma subliminal y despertar rabia y expresarse como sometimiento	Rabia como terca agresividad. Lucha de poder
<b>3. Deseo de protección vs. Autosuficiencia</b>	Tristeza y depresión con temor a la pérdida del amor del objeto.	Preocupación altruista por los otros, con sentimientos depresivos ocultos y rechazados defensivamente.
<b>4. Conflicto de autovaloración</b>	Vergüenza y admiración idealizada	Irritabilidad y rabia (“rabia narcisista”), cuando se cuestiona la imagen de sí mismo. Descalificación del otro.
<b>5. Conflicto de Culpa</b>	Sentimiento de culpa. En la contratransferencia surge compasión, descuido y esfuerzo por contrarrestar la autoculpabilización.	El sentimiento de culpa aparece puesto afuera.
<b>6. Conflicto Edípico</b>	No afecto guía evidente. Timidez, y angustia (pudorosa) de realizar las posibilidades sexuales, ansiedades de castración.	Emociones dramáticas, cambiantes, erotización y rivalidad.  Dinámica triangular
<b>7. Conflicto de identidad (de roles)</b>	Se trata de personas en las cuales no resultó la construcción de un sentimiento de identidad propio con el correspondiente sentimiento de bienestar.  Trastornos en el área de las siguientes identidades parciales: identidad corporal, sexual, familiar, étnica, religiosa, social, política, emocional y laboral.	

Tabla 1: Descripción general de los conflictos en su modo pasivo/activo y el afecto guía correspondiente.

En figura 3 se reproduce la plantilla de codificación de conflicto, los ítems están graduados desde 0, ausente, a 3, muy significativo. Como el sistema OPD asume que si el problema es motivado principalmente por vulnerabilidades o déficit estructurales, va a

ser muy difícil que se cristalice un conflicto interno (como ocurre en los trastornos límites de personalidad donde el conflicto se da en las relaciones interpersonales más que intrapsíquicamente), la parte superior de la figura



pretende clarificar si se dan las condiciones para diagnosticar conflicto.

**Eje III – Conflicto**

**Preguntas para clarificar las precondiciones para la evaluación del conflicto**

A) Los conflictos no pueden ser inferidos, falta seguridad diagnóstica.	si = ①	no = <b>R</b>
B) Debido a un bajo nivel de integración estructural los temas de conflicto encontrados no corresponden a patrones disfuncionales de conflicto sino más bien a esbozos de conflicto.	si = <b>S</b>	no = <b>R</b>
C) Debido a defensas frente a la percepción de conflictos y emociones, el eje del conflicto no puede ser evaluado.	si = ①	no = <b>R</b>
D) Conflicto por estrés (conflicto actual), que no corresponde a patrones disfuncionales de conflicto.	si = ①	no = <b>R</b>

Conflicto disfuncional repetitivo	Ausente	Poco significativo	Significativo	Muy significativo	No evaluable
1. Individuación versus dependencia	①	①	②	<b>S</b>	③
2. Sumisión versus control	①	①	②	<b>R</b>	③
3. Deseos protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)	①	①	②	③	③
4. Conflicto de autovaloración	①	①	②	③	③
5. Conflicto de culpa	①	①	②	③	③
6. Conflicto edípico	①	①	②	<b>R</b>	③
7. Conflicto de identidad	①	①	②	③	③

Conflicto principal:	Segundo conflicto más importante:				No evaluable
	Predominantemente activo	Mixto preferentemente activo	Mixto preferentemente pasivo	Predominantemente pasivo	
Modo más importante de la elaboración del conflicto	①	②	③	<b>R</b>	④

Por ejemplo, en el caso de Sonia, el bajo nivel de integración de la estructura no permite identificar con claridad un conflicto disfuncional repetitivo, sin embargo es posible diagnosticar esbozo de conflicto 1, siempre asociado a importantes problemas estructurales. Situaciones de pérdida o separación en Sonia, provocaban importantes angustias de desestructuración que luego derivaban en síntomas psicóticos.

En el caso de Raúl están dadas las precondiciones para evaluar la presencia de conflicto, ya que como se verá más adelante tiene una estructura integrada de personalidad. Él presentaba un conflicto de sumisión v/s control y

un conflicto edípico, ambos en nivel muy significativo. El primero es posible de observar en la relación con los jefes y en la relación transferencial, donde se veía cómo se sometía pasivamente a la vez que desde esa posición trataba de controlar la terapia y al terapeuta. El conflicto edípico se expresó tanto en la dinámica de sus síntomas como en su historia: Raúl entró en pánico cuando debió reemplazar a su jefe para unas vacaciones; el logro de las fantasías inconscientes de triunfo sobre el padre, conlleva fantasías de retaliación y angustia. Además en su biografía, su madre hacía alianza con Raúl en contra del padre que era visto como estricto y autoritario; Raúl se

sometía con la fantasía de triunfar sobre él al obtener los favores de la madre.

#### Eje IV Estructura: el escenario para el guión del conflicto

La estructura psíquica en OPD-2 incorpora conceptualizaciones de las teorías de Relaciones Objetales, del Self y de la Psicología del Yo, asimismo incorpora los aportes de la Teoría de Apego y Teoría de la Mentalización (Grupo de Trabajo OPD, 2008), considerando la estructura del self en relación con los otros (Rudolf, Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie/ Gaining insight and structural capability as goals of psychodynamic psychotherapy., 2002). La estructura se conceptualiza como un tejido de disposiciones psíquicas que determina un estilo personal y relativamente permanente a través del cual el individuo puede recuperar (o no) su equilibrio intrapsíquico e interpersonal frente a las demandas del medio interno y externo. Estas disposiciones o capacidades son descritas tanto en su orientación hacia el sí mismo (self) como hacia los otros (objetos) en 4 dimensiones: *capacidades cognitivas, capacidades de regulación, capacidades de comunicación y capacidades de vínculo*. Cada una de estas cuatro dimensiones (capacidades de orden mayor) describe tres sub capacidades estructurales totalizando 24 (Tabla 2). Cada

una de estas capacidades es descrita de forma prototípica en cuatro niveles de integración (alto nivel de integración, nivel medio de integración, bajo nivel de integración, nivel desintegrado). Cualquiera de estas capacidades puede ser identificada como vulnerabilidad o recurso del funcionamiento estructural del paciente y por lo tanto puede convertirse en foco terapéutico (Ehrenthal, Dinger, Horsch, Komo-Lang, & Klinkerfuß, 2012).

En términos globales un nivel alto de integración de la estructura implica un self autónomo, con acceso a espacio intrapsíquico desde donde se pueden elaborar conflictos; un nivel medio de integración da cuenta de un menor acceso a capacidades reguladoras y diferenciación más débil de las estructuras psíquicas y self/objeto; un nivel bajo de integración significa escaso desarrollo del mundo intrapsíquico y las subestructuras psíquicas de modo que los conflictos no pueden elaborarse intrapsíquicamente sino en conflictos interpersonales (estaríamos aquí en el ámbito de los trastornos de personalidad). El nivel de desintegración da cuenta de una fragmentación y restitución psicótica.

Las cuatro dimensiones principales dan cuenta de vulnerabilidades y recursos que darán forma a la experiencia psíquica del sí mismo y de los otros. En lo que sigue ilustraremos el diagnóstico OPD de estructura de Sonia. Por razones de espacio, este diagnóstico no abarcará las 24 funciones.



Capacidades Cognitivas	
Percepción del sí mismo (self)	Percepción del objeto
Autorreflexión	Diferenciación self/objeto
Diferenciación Afectiva	Percepción del objeto total
Identidad	Percepción realista del objeto
Capacidades de Regulación	
Autorregulación	Regulación de relación con el objeto
Manejo de impulsos	Protección de la relación
Tolerancia afectiva	Balance de intereses
Regulación de la autoestima	Anticipación
Capacidad de Comunicación	
Comunicación hacia adentro	Comunicación hacia afuera
Vivencia de los afectos	Establecer contacto
Uso de la fantasía	Comunicación de los afectos
Self corporal	Empatía
Capacidad de Vínculo	
Vínculo con objetos internos	Vínculo con objetos externos
Internalización	Capacidad de vincularse
Uso de introyectos	Aceptar ayuda
Variedad de vínculos	Capacidad de separarse

Tabla 2, capacidades a evaluar en la dimensión percepción de si mismo

En el caso de Sonia la **autorreflexión** se encuentra en un nivel medio a bajo, dando cuenta de un self conductual, centrando el relato en lo que ha hecho o dicho y con importantes dificultades para presentar una imagen coherente de si misma y de su contexto vital. Le resulta difícil encontrar conceptos para describir lo que vive. La **diferenciación afectiva** es baja, siendo muy difícil percibir los afectos y ser referidos en un relato, éstos son expresados a través de la agitación, la alienación, el vacío afectivo, la depresión y el ánimo maníaco. El nivel de integración de la **identidad** es bajo, los aspectos del self se manifiestan de modo diferente en momentos y situaciones diferentes, sin experiencia de continuidad entre ellos. Durante el primer tiempo de terapia, Sonia hablaba básicamente de sus síntomas, algunos de los cuales consistían en ideas delirantes o alucinaciones. Un aumento de

carga afectiva, por conflictos con el marido, o por ofertas laborales, se tramitaban como delirio (“siento que los trabajadores de la construcción de al frente, me miran y murmuran sobre mi”) o en angustia sin mayor contenido

Respecto a las capacidades de percepción del objeto, se aprecia un nivel de integración medio a bajo en la capacidad para **diferenciar self y objeto**, los otros se vivencian según los propios deseos y la atribución de afectos, impulsos y pensamientos es insegura pudiendo llegar a confundirse atribuyendo al objeto los afectos que son difícilmente soportables por el self, de esta manera las personas y situaciones se pueden convertir en persecutorias, especialmente cuando no se trata de vínculos cercanos, los cuales ella puede mantener a pesar de estas dificultades. Con Sonia era muy difícil hacerse una imagen de los seres cercanos que la rodeaban. El marido era visto como



bueno o malo según cumpliera o no con las expectativas de ella. Le era difícil saber si se iba a dormir siesta con el marido, porque ella lo necesitaba o simplemente porque imitaba lo que él hacía

A diferencia de la dimensión evaluada anteriormente, en **manejo de impulsos**, Sonia presenta un nivel alto de integración en la capacidad de manejar los impulsos. Sonia podía tener, por ejemplo conflictos con el marido y quedar molesta, pero eso no la llevaba a actuaciones. Lo único que resultaba riesgoso en ella era el riesgo suicida en momentos de angustia muy intensa que la podrían llevar a atentar contra su vida, lo que nunca llegó a pasar durante el período de terapia ya que en vez de acto impulsivo, la angustia la llevaba a pedir ayuda. Su capacidad de **tolerancia afectiva** es baja ya que sus afectos pueden llegar a inundarla, sin embargo como decíamos, mayoritariamente la llevan a pedir ayuda y no a actos impulsivos.

Respecto al manejo en la regulación de la relación con el objeto su capacidad de proteger las relaciones se encuentra en un nivel medio ya que logra elaborar sólo parcialmente impulsos que son perturbadores pero tampoco llega a actuar y deteriorar las relaciones interpersonales. En la capacidad de regular los intereses, su nivel de integración es bajo ya que la mayor parte del tiempo no logra representaciones de los intereses de los otros y la relación que establece está determinada por una vivencia de amenazada de sus propios intereses. Así, como decíamos Sonia evaluaba la relación con el marido según si éste la cuidaba y se preocupaba por ella. En el primer tiempo de terapia era difícil que Sonia pudiera ver las necesidades de sus hijas, luego ponía los intereses y deseos de ellas por sobre los propios, a veces descuidándose a sí misma.

Respecto a las capacidades de vínculo, se observa en Sonia un nivel medio de integración en la capacidad de **internalización**, las imágenes internas no se mantienen estables

desde un punto de vista emocional, y luego de un tiempo corto de separación o conflicto con el objeto ellas se pierden de vista o pierden su sentido, como incluso le pasaba con las hijas que desaparecían de su horizonte emocional. Además la posibilidad de utilizar experiencias de relaciones positivas como objetos internos, para tranquilizarse y apoyarse se encuentra disminuida, dando cuenta de un nivel bajo en la capacidad de **uso de introyectos**. Esta dificultad se mostraba tanto en las intensas angustias donde no se podía autotranquilizar, como en la imposibilidad que trajera objetos cálidos a colación en el diálogo terapéutico. Finalmente la **variedad de los vínculos** (internos) es de un nivel medio de integración con imágenes internas poco diferenciadas, como por ejemplo era muy difícil ver características individuales de hermanas, padres, abuelos, etc.

En las funciones de vínculo con objetos externos Sonia presenta un nivel medio de integración ya que si bien existe la **capacidad** y el deseo **de vincularse**, el significado afectivo del otro puede exagerarse y generar dependencia. Como ocurría de hecho con el marido y también con el terapeuta. En muchos casos con la presencia real del objeto lograba tranquilizarse. Sonia es capaz de aceptar ayuda, dando cuenta de una adecuada capacidad en esta función. Frente a una necesidad puede vivenciar a los otros como buenos y pedir y recibir ayuda, recurso que permitió llevar adelante un exitoso proceso de psicoterapia. Finalmente la capacidad de separarse y desprenderse de vínculos se manifiesta como la mayor vulnerabilidad, ya que se encuentra en el nivel desintegrado. La paciente vivencia las separaciones sin aparente reacción y a la vez temas vinculados a las separaciones pueden generar reacciones masivas. Tal es el caso de la separación de una pareja que provocó un cuadro psicótico, o irse de la casa donde vivían hizo que apareciera el delirio, pero que al aparecer durante el proceso terapéutico, per-



mitió ser entendido y trabajado como reacción a la separación, teniendo un breve curso autolimitado.

La figura 4 muestra el modo en que se registra en la plantilla esta evaluación de la estructura.

	Nivel Alto	1,5	Nivel Medio	2,5	Nivel Bajo	3,5	Nivel Desintegrado	No evaluable
1a Percepción de sí mismo	①		②		③ X		④	⑤
1b Percepción del objeto	①		②		③ X		④	⑤
2a Autorregulación	①		②	X	③		④	⑤
2b Regulación de la relación con el objeto	①		②		③ X		④	⑤
3a Comunicación hacia adentro	①		②		③	X	④	⑤
3b Comunicación con hacia afuera	①		②		③ X		④	⑤
4a Vínculo con objetos internos	①		②		③ X		④	⑤
4b Vínculo con objetos externos	①		②	X	③		④	⑤
5 Estructura total	①		②		③ X		④	⑤

Figura 4. Modo en que se registra en la plantilla esta evaluación de la estructura.

### Focos y estrategia psicoterapéutica

¿Cómo decanta toda esta información diagnóstica respecto al funcionamiento del paciente en una información que permita al clínico establecer focos de trabajo para y estrategias psicoterapéuticas con el paciente?

Se define el foco en el modelo OPD como “las áreas problemáticas del perfil-OPD que están a la base de los síntomas psíquicos o psicósomáticos y los problemas interpersonales”, y que son los que normalmente el paciente traerá como motivo de consulta y presentará como su problema actual. De esta manera se construye junto al paciente una hipótesis psicodinámica, configurándose caso a caso de un modo diferente, como un “traje hecho a la medida”. Esta hipótesis incorporará el patrón

relacional disfuncional (eje II) además de los componentes estructurales y del conflicto del problema o trastorno actual, para lograr configurar los focos para el tratamiento. Las preguntas para organizar la información disponible considerando los distintos ejes serán: 1) ¿hay indicación? ¿hay paciente para psicoterapia? (Eje I Prerrequisitos), 2) ¿son los conflictos inconscientes o las vulnerabilidades estructurales las determinantes del sufrimiento del paciente? ¿o la interacción entre ambas? (Ejes III Conflicto y IV Estructura) y 3) ¿cómo se expresan esos conflictos o vulnerabilidades en las relaciones interpersonales del paciente y en la relación con el terapeuta? (Eje II Relación). El resultado de este proceso es el establecimiento de hasta cinco focos que guiarán la intervención. En el patrón relacional disfuncional (foco 1) están condensadas disposi-



ciones conflictivas y limitaciones estructurales por lo tanto este estará siempre presente. Luego se seleccionarán los focos de conflicto y/o

estructurales (focos 2 al 5), dependiendo de los resultados de la evaluación realizada.

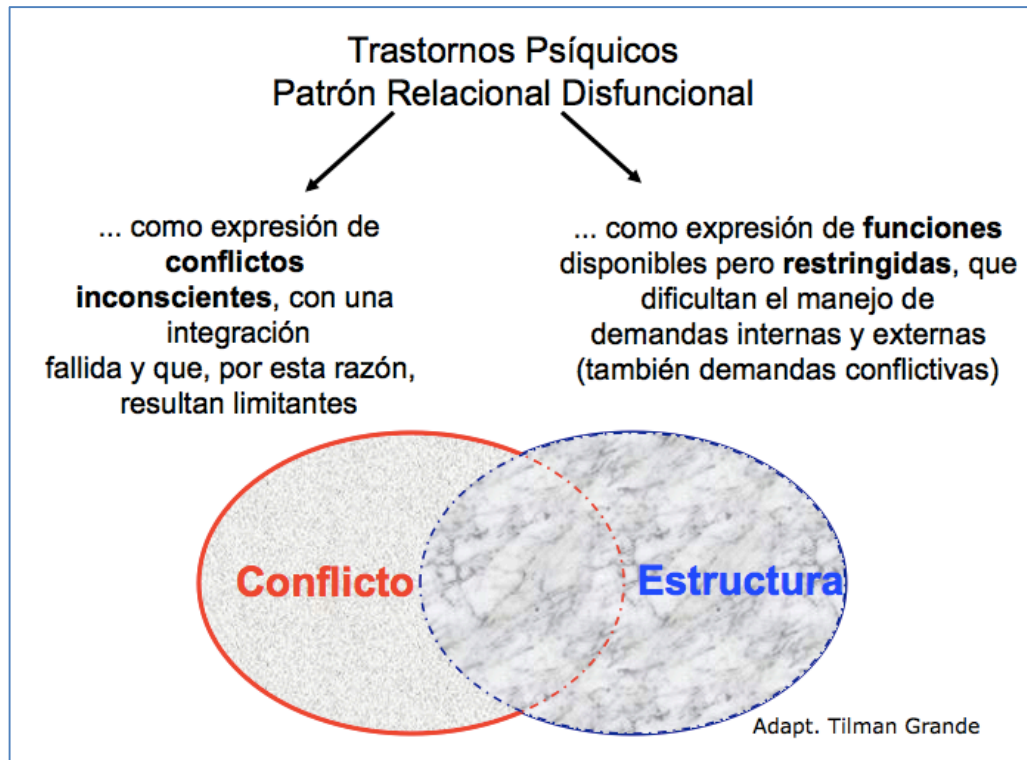


Figura 5. Relación entre dinámicos conflictivos y vulnerabilidades estructurales a la base de los trastornos psíquicos y los patrones relacionales disfuncionales.

De esta manera la pregunta estratégica básica se orienta a establecer en qué medida las alteraciones psíquicas (por ejemplo un trastorno de ansiedad o trastorno de pánico, como lo que trajo a Raúl a consultar) y/o problemas en las relaciones interpersonales se deben a problemas de conflicto, de estructura, de ambas o de la interacción entre ambas. OPD utiliza una metáfora para graficar esta relación: el escenario y el guión en una obra de teatro. Para poder centrar la atención en el guión, en el drama, en los contenidos de la obra, es necesario que el escenario funcione

bien y esté en buenas condiciones. Si la estructura del escenario tiene fallas (se cae la cortina, se apagan las luces, se rompen las tablas), no será posible seguir con atención el relato de la obra y los personajes, ya que la atención se dirigirá a las fallas del escenario. El psicoterapeuta en situación de entrevista se verá enfrentado a una situación similar, sólo es posible centrarse en el guión del conflicto si las funciones estructurales están disponibles, pero si aparecen fallas en la estructura (el paciente se inunda al abordar un tema conflictivo, o se fragiliza y se siente atacado por una

interpretación del terapeuta, o se angustia y no puede hablar sobre su problema, etc.) el dinamismo del conflicto no es observable ni comprensible. Existen ciertos indicadores que nos permiten orientarnos acaso a la problemática observada subyace un conflicto o una vulnerabilidad o déficit estructural.

Las limitaciones condicionadas por un conflicto intrapsíquico son reconocibles por:

- -ser gatilladas por situaciones con una significación específica (como el caso de Raúl que el hecho de reemplazar al jefe tiene una significación específica para él).
- -indicar un problema subyacente (a la crisis de pánico de Raúl subyace los conflictos mencionados, control/sumisión y edípico)
- -ser motivadas inconscientemente, es decir, el paciente, aunque no lo sabe, no quiere (si Raúl llegaba tarde a las sesiones como una forma [inconsciente] de no sentir que se sometía al horario “impuesto”, de alguna forma “no quería” llegar a la hora)
- -tener una presentación de dinámica conflictual (con defensa, angustia, sentimientos inconscientes, etc.)
- -desplegarse frente a la pregunta del “¿por qué?” (¿por qué Raúl tuvo la crisis de pánico?)
- Las limitaciones condicionadas por una vulnerabilidad estructural son reconocibles por:
- -ser gatilladas de forma inespecífica por diferentes sobrecargas (A Sonia la angustiaba tanto cambiarse de casa como tomar vacaciones con los suegros)
- -presentar por sí mismas el problema a tratar (la angustia, el delirio, las relaciones tormentosas, la impulsividad, etc.)
- -no ser motivadas, es decir, el paciente no puede (si Sonia llegaba tarde, no era por rivalidad con el terapeuta como en el caso de Raúl, sino porque no lograba organizar

los tiempos y planificarse para llegar a la hora)

- -tener una presentación de dinámica del manejo o afrontamiento (de la dificultad misma, en Sonia, cómo afronto la angustia social, más que qué significa)
- -desplegarse frente a la pregunta del “¿cómo?” (cómo funciona en las diferentes situaciones)

Una vez establecidos los focos la gran decisión estratégica, como decíamos más arriba, es si la terapia se va a orientar solo al conflicto, preferentemente al conflicto, al conflicto y estructura, preferentemente a la estructura o sólo a la estructura. Una **terapia orientada al conflicto**, es una terapia que utiliza la interpretación y sus derivados (confrontación, señalamiento, etc.) es decir elementos expresivos (Gabbard, 2002) una **terapia orientada a la estructura** utilizará elementos de apoyo a la relación terapéutica y a las funciones vulnerables según las describimos en el acápite de estructura OPD. Entonces a la tradicional psicoterapia del continuo expresivo-de apoyo podemos llamarlo en este contexto el continuo “**psicoterapia orientada al conflicto-psicoterapia orientada a la estructura**”.

La decisión estratégica mencionada entonces determinará el encuadre terapéutico, la actitud terapéutica, la jerarquización de los focos escogidos, el manejo de los patrones relacionales disfuncionales y las técnicas terapéuticas.

De esta manera, cuando el foco está en el conflicto, el **encuadre** se establece de un modo que movilice afectos y agudice la activación del conflicto. La **actitud** del terapeuta es de observador y “esclarecedor” y se dejará convertir en objeto e interpretará los roles asignados por el paciente. La **estrategia** terapéutica busca el insight sobre las motivaciones inconscientes del paciente, devolviéndole la responsabilidad sobre sus acciones, se orienta a lo que “en realidad” motiva el problema, lo que hay detrás. La **técnica** se basa principal-





mente en la interpretación, defensa>>ansiedad>>contenido (motivos reprimidos) La **evolución de la terapia** se orienta a que el paciente se convierta en el "director" de su drama.

Cuando el foco está orientado a las vulnerabilidades estructurales, el **encuadre** se establece incluyendo manejo y control de la situación terapéutica vs. "esperar y dejarse llevar". La **actitud terapéutica** es de un rol parental, asumiendo las dificultades del paciente como un "no puede" y dosificando la abstinencia y la neutralidad (el terapeuta está mucho más presente como persona). La **técnica** acompañar vs. interpretar. Acompañar en este contexto significa "mirar juntos desde una colina" el funcionamiento del paciente y cómo se puede manejar más adaptativamente. Se busca que el paciente haga *insight* sobre su propio funcionamiento y no sobre contenido inconscientes. Las técnicas incluyen el establecer límites y reglas. El terapeuta se presenta como modelo, de tal forma que el cuidado del terapeuta se transforme en autocuidado, el interés del terapeuta al funcionamiento mental del paciente se transforme en atención a sí mismo (autopercepción, mentalización); tolerancia del terapeuta en tolerancia a los propios afectos en el paciente; las reflexiones del terapeuta respecto del paciente en reflexionar sobre sí mismo. En términos de **estrategia** terapéutica, no cabe buscar "lo que hay detrás" (significado), se evitan técnicas que movilicen afectos (ya que el paciente tiende a sentirse sobrepasado), se busca distanciar al paciente de las crisis motivadas estructuralmente ya que al distanciarse registra, objetiva y aprende a manejar sus limitaciones. Además, se busca establecer valores y metas y se estimula a reflexionar sobre cuál es su punto de vista, sus valores, su perspectiva. Se anticipa y planifica de modo de tener una perspectiva temporal. En términos de **técnica** las limitaciones en el área objetual y en la transferencia limitan el uso de la interpretación y se privilegia el uso de la

confrontación, el reflejo, la ayuda y la toma de distancia (Grande, 2012)

La indicación realizada con Raúl, fue una psicoterapia focal orientada al conflicto. La duración fue de alrededor de 20 sesiones. El paciente pudo retomar sus responsabilidades laborales y comenzar a acercarse consistentemente al padre, con quien logró establecer una mucho mejor relación.

En el caso de Sonia, la indicación fue una psicoterapia focal orientada a la estructura (+ farmacoterapia). La evolución fue oscilante y muy lenta la progresión durante el primer año. El tratamiento completo duró cuatro años, no necesitó hospitalizarse de nuevo. Tratamientos paralelos le han permitido mejorarse de su trastorno alimentario y tabaquismo. Actualmente maneja su casa, está a cargo de sus hijos, administra su dinero, realizó una exitosa exposición de pintura. Su apariencia es adecuada, aparece la ternura y el humor. Durante dos años después de terminado el tratamiento requería consultas esporádicas en momentos de fragilidad.

En conclusión, esperamos haber podido ilustrar el principal aporte que plantea el modelo OPD, tanto a la clínica como a la investigación, esto es la distinción explícita entre las alteraciones provocadas por conflictos intrapsíquicos, que requieren de terapias interpretativas y por vulnerabilidades o déficit estructurales que requieren terapias "orientadas a la estructura". Diversos autores se han referido a esto, como por ejemplo De Johnge, Rijnierse y Janssen (1994), cuando plantean la "teoría bifactorial en terapias psicodinámicas", distinguiendo una "teoría psicoanalítica clásica" con una teoría del conflicto y un "funcionamiento neurótico de la mente" versus una "teoría psicoanalítica postclásica" donde una falta básica determinará un "funcionamiento arcaico de la mente". Para este autor, los pacientes que tienen este tipo de funcionamiento tendrían indicación de una psicoterapia psicoanalítica de apoyo. Es importante destacar el aspecto di-



mensional de esta perspectiva: habrá pacientes neuróticos en el polo del trastorno exclusivamente por conflicto y pacientes con un trastorno de personalidad donde lo que prima son los déficits estructurales. Sin embargo, como vimos en Sonia, en pacientes como ella los recursos estructurales permiten el trabajo terapéutico, así como pacientes con funcionamiento neurótico pueden presentar vulnerabilidades estructurales que van a requerir de intervenciones orientadas a la estructura-de apoyo por parte del terapeuta; es decir estamos hablando de un continuo. El tratamiento orientado a la estructura tiene muchos puntos en común o solapamientos, como lo expresa Lanza Castelli (2015), con la terapia de la mentalización. Rudolf (2013) se plantea en la misma dirección y resume en su obra las principales directrices del tratamiento orientado a la estructura.

Finalmente, tenemos que reconocer que las orientaciones terapéuticas de Thomae y Kaechele (1990) en los años ochenta siguen siendo válidas, en el sentido de adaptar la terapia a las necesidades de cada paciente. Hoy en día desde diferentes perspectivas de la salud mental (Blatt & Luyten, 2009; Hasler, 2010) se viene haciendo un llamado para realizar tratamientos centrados en la persona que nos requiere pidiendo ayuda, alejándonos de una aplicación mecanicista de protocolos y manuales que intentan tratar diagnósticos.



### Referencias:

- APA. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Arbeitskreis OPD. (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual (Vol. 2). Bern: Huber.
- Benjamin, L. (1982). Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. En J. C. Anchim, & D. J. Kiesler (Edits.), Handbook of interpersonal psychotherapy. Nueva York: Guilford.
- Blatt, S., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21, 793-814.
- Cierpka, M., Stasch, M., & Reiner, W. (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): concepto, confiabilidad y validez. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(2), 105-125.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (pp. 659-723). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- De Jonghe, F., Rijnierse, P., & Janssen, R. (1994). Psychoanalytic Supportive Psychotherapy. *JAPA*, 42(2), 421-445.
- De la Parra, G. (2007). Psicoterapia breve en el grupo de Santiago de Chile: la indicación adaptativa y el continuo "expresivo-de apoyo". In E. Medici, & M. Espinosa (Eds.), *Psicoterapias Psicodinámicas Breves, propuestas actuales*. Campinas, SP: Alínea.
- Ehrenthal, J., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., & Klinkerfuß, M. T. (2012). The OPD Structure Questionnaire (OPD-SQ): First Results on Reliability and Validity. *Psychother Psych Med* 62, 25-32.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Grande, T. (2012). Apuntes de clase: Relación entre los ejes y elección de foco. Diplomado en Psicodiagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. Santiago, Chile.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2), Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Hasler, G. (2010). Fisiopatología de la depresión: ¿tenemos alguna evidencia sólida de interés para los clínicos? *World Psychiatry*, 9, 155-161.
- Jiménez, J. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 20.
- Lambert, M. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. En M. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (6 th ed.). John Wiley and Sons Inc.
- Lanza Castelli, G. (2015). Conflicto, estructura y mentalización: interrelaciones y complementariedades. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis*(50).
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme method. New York: Basic Books.
- OMS. (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Rudolf, G. (2002). Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie/ Gaining insight and structural capability as goals of psychodynamic psychotherapy. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin uPsychosomatische Medizin und Psychotherapie*: , 48(2), 163-173.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Safran, J. (2002). Tratamiento psicoanalítico relacional breve. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 12(8).



- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Thomae, H., & Kaechele, H. (1990). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. L. Erlbaum Associates.
- Wampold, B. (2013). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings (Vol. 9)*. Routledge.
- Wiggins, J. S. (1991). Agency and communion as conceptual coordinates for the understanding and measurement of interpersonal behavior. En D. Cicchetti, & W. Grove (Edits.), *Thinking Critically in Psychology: Essays in Honor of Paul E. Meehl*. New York: Cambridge University Press.

